This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Acerca de este libro

Esta es una copia digital de un libro que, durante generaciones, se ha conservado en las estanterías de una biblioteca, hasta que Google ha decidido escanearlo como parte de un proyecto que pretende que sea posible descubrir en línea libros de todo el mundo.

Ha sobrevivido tantos años como para que los derechos de autor hayan expirado y el libro pase a ser de dominio público. El que un libro sea de dominio público significa que nunca ha estado protegido por derechos de autor, o bien que el período legal de estos derechos ya ha expirado. Es posible que una misma obra sea de dominio público en unos países y, sin embargo, no lo sea en otros. Los libros de dominio público son nuestras puertas hacia el pasado, suponen un patrimonio histórico, cultural y de conocimientos que, a menudo, resulta difícil de descubrir.

Todas las anotaciones, marcas y otras señales en los márgenes que estén presentes en el volumen original aparecerán también en este archivo como testimonio del largo viaje que el libro ha recorrido desde el editor hasta la biblioteca y, finalmente, hasta usted.

Normas de uso

Google se enorgullece de poder colaborar con distintas bibliotecas para digitalizar los materiales de dominio público a fin de hacerlos accesibles a todo el mundo. Los libros de dominio público son patrimonio de todos, nosotros somos sus humildes guardianes. No obstante, se trata de un trabajo caro. Por este motivo, y para poder ofrecer este recurso, hemos tomado medidas para evitar que se produzca un abuso por parte de terceros con fines comerciales, y hemos incluido restricciones técnicas sobre las solicitudes automatizadas.

Asimismo, le pedimos que:

+ *Haga un uso exclusivamente no comercial de estos archivos* Hemos diseñado la Búsqueda de libros de Google para el uso de particulares; como tal, le pedimos que utilice estos archivos con fines personales, y no comerciales.

+ *No envíe solicitudes automatizadas* Por favor, no envíe solicitudes automatizadas de ningún tipo al sistema de Google. Si está llevando a cabo una investigación sobre traducción automática, reconocimiento óptico de caracteres u otros campos para los que resulte útil disfrutar de acceso a una gran cantidad de texto, por favor, envíenos un mensaje. Fomentamos el uso de materiales de dominio público con estos propósitos y seguro que podremos ayudarle.

+ *Conserve la atribución* La filigrana de Google que verá en todos los archivos es fundamental para informar a los usuarios sobre este proyecto y ayudarles a encontrar materiales adicionales en la Búsqueda de libros de Google. Por favor, no la elimine.

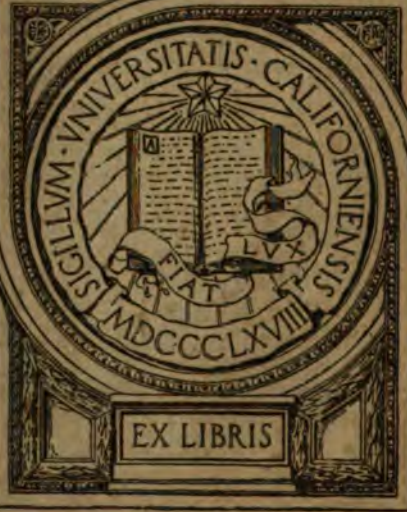
+ *Manténgase siempre dentro de la legalidad* Sea cual sea el uso que haga de estos materiales, recuerde que es responsable de asegurarse de que todo lo que hace es legal. No dé por sentado que, por el hecho de que una obra se considere de dominio público para los usuarios de los Estados Unidos, lo será también para los usuarios de otros países. La legislación sobre derechos de autor varía de un país a otro, y no podemos facilitar información sobre si está permitido un uso específico de algún libro. Por favor, no suponga que la aparición de un libro en nuestro programa significa que se puede utilizar de igual manera en todo el mundo. La responsabilidad ante la infracción de los derechos de autor puede ser muy grave.

Acerca de la Búsqueda de libros de Google

El objetivo de Google consiste en organizar información procedente de todo el mundo y hacerla accesible y útil de forma universal. El programa de Búsqueda de libros de Google ayuda a los lectores a descubrir los libros de todo el mundo a la vez que ayuda a autores y editores a llegar a nuevas audiencias. Podrá realizar búsquedas en el texto completo de este libro en la web, en la página `http://books.google.com`

UC-NRLF
B 3 736 882

GIFT OF
J.C.CEBRIAN



EX LIBRIS

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PUBLISHED IN SPAIN

REVISTA

UNIV. OF CALIFORNIA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PABELLÓN MÉDICO (1860)—ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATÍA Y PEDIATRÍA (1880)

DIRECTOR-PROPIETARIO-FUNDADOR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

TOMO LXVIII

MADRID
IMPRENTA Y LIBRERÍA DE NICOLÁS MOYA
Garcilasc, 6 y Carretas, 9.

1905

UNIV. OF
CALIFORNIA

R71
R4
v.68-69

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UNIV. OF CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

CLÍNICA MÉDICA A CARGO DEL DR. SAÑUDO

LA ESPLENOMEGALIA COMO SINTOMA DE LAS CIRROSIS BILIARES

POR

LUIS CASTILLO Y FRANCISCO ROZABAL

Internos, por oposición, de la Facultad de Medicina de Madrid

La casualidad de encontrarse en nuestra Clínica tres enfermos con cirrosis biliar y el ser cada uno de un tipo clínico distinto, nos ha movido á hacer de ellos un estudio detenido.

De las numerosas funciones hepáticas, existen algunas que pueden ponerse en parangón con las que el bazo posee. Es de todos conocida la función antitóxica del hígado, función que puede estimarse como semejante á la de defensa contra los agentes microbianos, pues tienen en el fondo la misma significación, la destrucción de los agentes patógenos venidos del exterior, defensa que está encomendada al bazo, que la de los productos venenosos que son fabricados en el mismo organismo, y cuya función está encomendada al hígado. La hematopoiesis es otra función común á dichos dos órganos; también lo es la producción de ácido úrico. Además, al bazo, como á todas las glándulas sin conducto excretor, se le ha asignado el papel de regulador de la circulación, y por este concepto se parecen el tiroides y el bazo, ya que el primero regula la circulación craneal y el segundo (1) la circulación abdominal, y como en el abdomen es el hígado el órgano más vascular y el que más necesita

(1) Luciani: Fisiología humana. — Ebstein: Medicina clínica. — Gómez Ocaña: Fisiología humana.

22017

de la normalidad de la circulación para conservar su integridad funcional; es el que en sus enfermedades más se relaciona con el bazo, y por esto, cualquier alteración del uno se refleja sobre el otro, alterando sus funciones primero y su estructura después, si la alteración es duradera.

Estas relaciones de circulación entre los dos órganos tienen tal importancia, que Chauffard (1) ha hecho para la patología una división del sistema porta en dos grupos: un grupo le constituye la vena porta digestiva y el otro la vena esplénica; en el primero se encuentra la razón patogénica de las enfermedades del hígado consecutivas á enfermedades del tubo digestivo; en el segundo se encuentra la razón del origen de los trastornos del bazo consecutivos á enfermedades del hígado, y según algunos, la de las alteraciones del hígado que siguen á enfermedades primitivas del bazo.

Gilbert y Surmont (2) sintetizan en dos grandes grupos las causas de las cirrosis biliares: 1.°, la infección general; 2.°, la infección de las vías biliares. De estas dos clases de causas, los autores modernos se inclinan en favor de la infección biliar ascendente, y al hacer esto, se fundan en que lo poco característico de la microbiología (colibacilo, diplococo, estreptococo, enterococo), la casi certeza del origen intestinal, así como el ser las lesiones primitivamente de aparato biliar y el síntoma tan claro de ictericia, no se avienen con la idea de una infección general inicial, en tanto que la infección biliar explica bien por generalización consecutiva los síntomas generales de fiebre, de sistema nervioso, etc., que presenta esta enfermedad.

Ahora bien, algunos autores (Boix, Popoff, Banti, Rinaldini y Chauffard) han pretendido demostrar el origen esplénico de la infección biliar, siendo, sobre todo el últimamente citado, el que en su trabajo (3) «Sobre las hepatitis de origen esplénico» ha insistido más sobre esta patogenia, llegando á separar las cirrosis biliares en dos grupos: cirrosis biliares propiamente dichas, de origen angiocolítico, con esplenomegalia secundaria, y cirrosis portobiliares, de origen esplénico, con esplenomegalia inicial y predominante. Como se ve, Chauffard admite con Banti, para algunas cirrosis, el trastorno esplénico inicial, y fundan con ello el grupo de las *esplenomegalias primitivas*, que no es admitido por todos los autores, pues hay muchos

(1) Traité de Pathologie générale, por Bouchard.
(2) Traité de Médecine et de Thérapeutique, por Brouardel.
(3) *Semaine medicale*, mayo 1899.

que creen que la lesión es siempre primitivamente hepática. La extraordinaria parte que el bazo toma en estas enfermedades, dependería, á juicio de estos autores, de especiales condiciones del sujeto, pero de ningún modo sería debido á que dicho órgano fuera el afectado primeramente.

Las causas capaces de producir otras cirrosis del hígado (alcoholismo, sífilis, paludismo, etc.), sólo juegan en las cirrosis biliares el papel de predisponentes. La predisposición hereditaria del terreno es admitida por Gilbert y Lereboullet (1), y en muchos casos habrá que recurrir á ella para explicarnos la causa de la enfermedad.

No vamos á ocuparnos de la sintomatología de las cirrosis biliares, por ser este asunto de todos conocido, y sólo vamos á indicar brevemente los tipos anatomoclínicos que se admiten en esta enfermedad, porque su exposición en este lugar nos facilitará el diagnóstico de los enfermos que presentamos. Estos tipos son :

La conocida enfermedad de Hanot, que es el tipo más clásico de las cirrosis biliares y cuyos caracteres más importantes son : hepatomegalia grande, esplenomegalia manifiesta, pero no predominante, y que en todos los casos guarda proporcionalidad con la hepatomegalia. Acompañan á estos caracteres anatomopatológicos la ictericia crónica, unida á los demás rasgos clínicos de todos conocidos.

El tipo Gilbert Fournier, que no se diferencia del tipo Hanot antes descrito más que en la distinta intensidad de algunos de los síntomas. Lo característico de este tipo es el enorme volumen del bazo (que ha hecho que se le dé el nombre de hiperesplenomegálica á esta forma de cirrosis biliar), que supera al aumento de volumen hepático Además, en esta forma hay algo de infantilismo, y suelen presentarse los llamados dedos hipocráticos.

Es esta forma la que más se presta á la discusión entablada entre los partidarios de las esplenomegalias primitivas y los que niegan la existencia de estas enfermedades. El gran volumen que el bazo adquiere en esta forma (carácter reconocido por todos) y el comienzo esplénico de la enfermedad (carácter admitido por Banti, etc., y negado por Gilbert, etc.) es lo que constituye la curiosidad de esta forma y lo que da argumentos á estas discusiones.

El tipo Gilbert-Castaigne está caracterizado clínica y anatómicamente por ser una cirrosis hipertrófica biliar, pero *sin* esplenome-

(1) Lereboullet: Les cirrhoses biliaires.

galia, debiendo á este último carácter el nombre de micro-esplénica con que se la conoce; la pequeñez del bazo crea á veces grandes dificultades para hacer el diagnóstico con la cirrosis calculosa

El último tipo anatomoclínico es la cirrosis atrófica biliar, que, como su nombre indica, es una cirrosis biliar que se diferencia de las otras en que tiene el hígado pequeño. En esta forma hay dos variedades, una cuyo carácter es el que la atrofia del hígado fué precedida de un período hipertrófico y otra en la que no ha existido período hipertrófico y la atrofia ha sido constante en todo el curso de la enfermedad.

Como vemos en todas las formas de las cirrosis biliares, excepción hecha de la cirrosis micro-esplénica, es la esplenomegalia uno de los caracteres más salientes del cuadro clínico, carácter que crece en importancia á los ojos de Banti, Rinaldini, Cardarelli, etc., que, como ya hemos dicho, separan el tipo *Gilbert-Fournier* de las cirrosis biliares y crean con él una forma de esplenomegalia primitiva. Este motivo y además la posibilidad de confusión entre la cirrosis biliar con hígado atrófico y una de las formas de esplenomegalia primitiva, conocida con el nombre de enfermedad de Banti, nos obligan á hacer una ligera reseña de estas enfermedades.

Banti (1) llama esplenomegalias primitivas á los aumentos de volumen del bazo que evolucionan de un modo lento y que van acompañados de lesiones consecutivas del hígado, siendo debidas á la localización en el bazo de un agente todavía desconocido. Admite la leucemia esplénica, el epitelioma primitivo del bazo, la esplenomegalia con cirrosis biliar, la anemia esplénica de los adultos ó esplenomegalia primitiva de Debove y Brühl y la esplenomegalia con cirrosis hepática ó enfermedad de Banti (2). Como las formas que nos interesan, por lo que á este trabajo se refiere, son la esplenomegalia con cirrosis biliar y la enfermedad de Banti, de éstas vamos á dar una breve idea.

La *esplenomegalia con cirrosis biliar* tiene hipertrofia del bazo, ligera hipertrofia del hígado é ictericia crónica sin obstrucción de las vías biliares, no hay ascitis y el estado general no está muy alterado. La lesión del bazo consiste en una desaparición de los corpúsculos malpigianos, la del hígado es la de la cirrosis biliar con peri-angiocolitis. Como vemos, esta forma bien puede afirmarse que es la cirrosis biliar tipo Gilbert-Fournier.

(1) Banti: La splenomegalia con cirrosi epatica.
(2) Banti: Splenomegalies primitives. *Riforma medica*, 1901.

La enfermedad de Banti (1) es una esplènomegalia con cirrosis atrófica del hígado, en la cual la esplenopatía es muy acentuada y constituye el hecho inicial; á continuación de ésta se desarrolla una anemia con remisiones y exacerbaciones, pero siendo siempre de marcha progresiva: la anemia caracteriza este primer período, por lo cual se le llama *período anémico*, y su duración es muy variable, de tres á once años. Al estado anémico siguen trastornos de composición do orina; éstas son raras, coloreadas, ricas en uratos y contienen urobilina; la piel y las conjuntivas toman una coloración amarillenta; también pueden existir trastornos intestinales: á este período se le llama *intermediario* y dura algunos meses. Continuando la evolución, la enfermedad llega al *estado ascítico*, el cual se inicia con tumefacción del abdomen y sigue con la ascitis, que se produce lentamente y sin dolor, teniendo este exudado los caracteres de los exudados simples. El hígado está más ó menos, pero siempre disminuido de volumen, no hay hipertrofia ganglionar y el examen de sangre denuncia oligocitemia, oligocromemia y disminución del valor globular. El examen necrópsico demuestra en el bazo lesiones de fibro-adenia y en el hígado disminución de volumen y cirrosis anular tipo Laënnec. La etiología es ignorada.

Una vez expuestas estas consideraciones, que nos han de facilitar el diagnóstico de los casos que presentamos, vamos á hacer la historia de nuestros enfermos.

Observación 1.ª—M. L., de veintiocho años, soltero, natural de Badajoz, de oficio cochero.

No cuenta ningún antecedente familiar que haga relación con su enfermedad.

Enfermedades anteriores: Cuenta haber padecido *tenia*.

Enfermedad actual.—Comenzó hace seis años con aumento de volumen del vientre, dolores en el hipocondrio derecho y al poco tiempo ictericia; á estos síntomas acompañaron bien pronto los vómitos. Estos desaparecieron y los demás síntomas se han ido exagerando durante el curso de la enfermedad.

Estado actual.—El aparato digestivo sólo acusa como síntoma estreñimiento grande. En el aparato respiratorio sólo hay fatiga grande cuando se dedica á un ejercicio activo. Presenta dolores en los huesos y articulaciones, principalmente en las del codo, cadera y rodilla.

(1) Banti: *Loc. cit.* — Bonardi: *Gazzette degli Ospedali e delle Cliniche*, enero 1897.

Por inspección, se nota que el aspecto que presenta el enfermo no está en conformidad con la edad que tiene, pues por aquél se le juzgaría con mayor número de años. El tinte de la piel es marcadamente ictérico. Los dedos de la mano presentan la deformación que se conoce con el nombre de dedos hipocráticos. El vientre está muy aumentado de volumen.

Por percusión y palpación se aprecia aumento de volumen del hígado y del bazo. Los límites del hígado, como se ve en el adjunto esquema, son en la línea mamilar por arriba el cuarto espacio intercostal y por abajo rebasa en tres traveses de dedo el reborde costal,

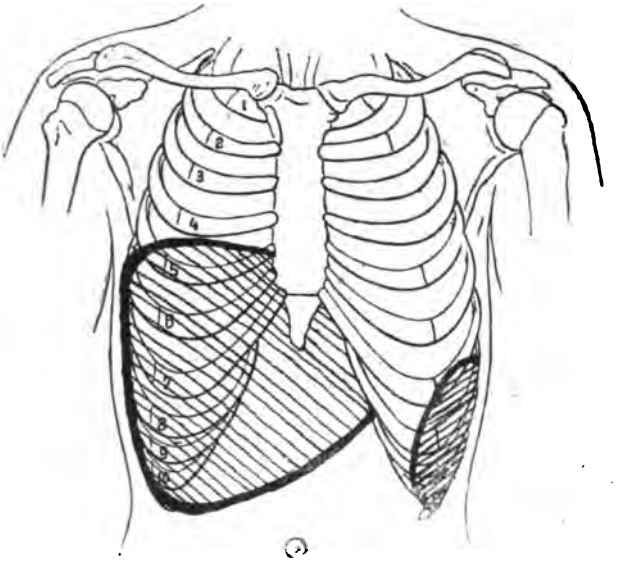


Figura 1.

en la línea axilar alcanza por arriba la quinta costilla y por abajo rebasa la décima costilla dos traveses de dedo. El bazo alcanza por arriba el borde superior de la octava costilla, por abajo rebasa el reborde costal y por delante traspasa bastante la línea axilar anterior.

El análisis de orina demostró la existencia de pigmentos biliares no modificados y la ausencia de insuficiencia hepática.

Diagnóstico. — El modo de comenzar la enfermedad por aumento de volumen del vientre y dolor en el hipocondrio derecho, nos hace suponer que se trataba de una enfermedad del hígado y aunque por

no haber reconocido al enfermo en dicha época, no podemos precisar juicio sobre su enfermedad, el dolor en la región hepática y la ictericia que apareció poco tiempo después, nos hacen sospechar que el aumento de volumen del vientre fué debido á la hepatomegalia.

En los seis años de curso que lleva su enfermedad, no han hecho más que exagerarse los síntomas que la dieron comienzo, confirma por tanto el curso lo que tan elocuentemente reveló el comienzo, es decir, que se trataba de una enfermedad hepática.

A la sazón, los síntomas recogidos por la exploración directa del enfermo, unidos á las referencias que él nos da, nos permiten precisar el diagnóstico.

Por la ictericia crónica, por el aumento de volumen del hígado y del bazo, por presentar los llamados dedos hipocráticos y los dolores en los huesos y articulaciones que recuerdan lo que se describe con el nombre de *reumatismo biliar* y por la forma accesional con que ha evolucionado esta enfermedad, creemos que se trata de una *cirrosis biliar*.

Ahora bien, de los tipos que hemos estudiado en las cirrosis biliares, creemos que nuestro enfermo corresponde al *tipo Hanot*, porque el comienzo de su enfermedad ha sido francamente hepático y porque el aumento de volumen del bazo no es muy exagerado y marcha paralelo con el aumento alcanzado por el hígado, no siendo aquel de ningún modo el síntoma más saliente de la enfermedad, y además la edad adulta es la que corresponde á esta forma.

Observación 2.ª—D. F., de diecinueve años, natural de Madrid, ha sido corneta de regimiento.

Antecedentes familiares: Su madre murió tuberculosa y de la misma enfermedad falleció un hermano de menor edad.

Dice no haber padecido anteriormente ninguna enfermedad.

Enfermedad actual.—Empezó hace tres años, revelándose por el tinte ictérico que adquirió el enfermo y por la presencia de una tumoración grande en la región esplénica. Al poco tiempo de presentarse estos síntomas padeció una pulmonía de la que ha quedado completamente curado. Después la ictericia se ha ido acentuando y el vientre ha ido progresivamente aumentando de volumen.

Estado actual.—No tiene ningún síntoma del aparato digestivo, y del respiratorio sólo acusa disnea grande al practicar ejercicios Su aspecto es de desarrollo incompleto; su tinte es claramente ictérico, aunque de menor intensidad que el que presentan los otros dos

enfermos. El vientre está considerablemente aumentado de volumen.

Por percusión y palpación se aprecia que en la línea mamilar el hígado alcanza por arriba el cuarto espacio intercostal y por abajo llega al nivel de una línea horizontal que pasara por el ombligo; en la línea axilar también se apreciaba aumento de volumen. El bazo se extiende desde el sexto espacio intercostal hasta cerca de la cresta ilíaca, por la línea media y arriba se une su macicez con

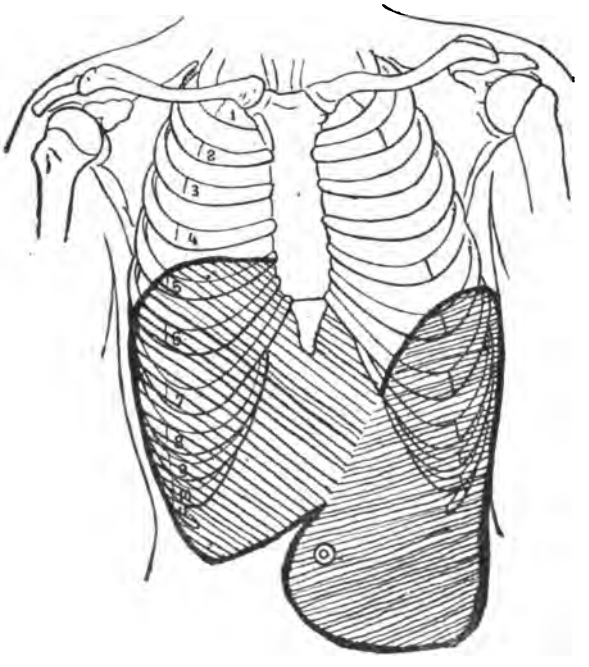


Figura 2.

la macicez hepática y por abajo en esta misma línea traspasa la línea alba.

El análisis de orina no enseñaba nada especial.

El análisis de sangre dió:

Hematíes	4.720.000
Leucocitos	2.200
Valor globular	1

Diagnóstico.—El comienzo de la enfermedad en este segundo caso es muy parecido al que hemos descrito anteriormente, pues tanto

en uno como en otro fueron la ictericia y el aumento de volumen del vientre los primeros signos reveladores de la enfermedad.

En la actualidad, por el tinte marcadamente ictérico, aunque no muy intenso y por los datos recogidos por la percusión y palpación que acusan hipertrofia del hígado é hipertrofia del bazo, hacemos el diagnóstico de *cirrosis biliar*.

Ahora bien, nos parece que se adapta al tipo Gilbert Fournier, porque su comienzo aparente fué la esplenopatía, por la desproporción que existe entre el aumento de volumen del hígado y el del bazo pues es la esplenomegalia el síntoma dominante de la enfermedad, por la edad que es en la que con mayor frecuencia se presenta este tipo y por el aspecto de infantilismo que tiene nuestro enfermo que es también síntoma muy característico de las *cirrosis biliares hiperesplenomegálicas*.

Este caso que hemos diagnosticado nosotros de cirrosis biliar tipo Gilbert-Fournier, le hubieran denominado esplenomegalia primitiva con cirrosis biliar los partidarios del origen esplénico de esta enfermedad. El distinto concepto que tienen unos y otros autores, depende del juicio distinto que tienen del comienzo de la enfermedad

Observación 3.ª—L. H., de diecinueve años de edad, natural de Madrid. No tiene antecedentes familiares dignos de mencionarse.

Enfermedades anteriores. — Padeció viruela el año 1890; ha sido propenso á padecer catarros, alguno de los cuales iba acompañado de expectoración sanguinolenta.

Enfermedad actual.—Empezó hace cinco meses, tiñéndose de amarillo las conjuntivas oculares, aumentando de volumen el vientre y con dolor en el hipocondrio y vacío derechos. Durante el curso de su enfermedad se han exagerado mucho los síntomas y se han presentado á veces hemorragias gingivales y epixtasis.

Estado actual: Su aspecto es de infantilismo, el color es ictérico muy moreno, y en las manos presenta, sobre todo en el dorso, manchas pigmentarias; tiene también los dedos hipocráticos; además presenta hemeralopia y oxiuria.

Por percusión y palpación se aprecia que en la línea mamilar llega el hígado á la sexta costilla y por abajo sólo alcanza la octava. En la línea axilar sólo ocupa el espacio comprendido entre el sexto y el octavo espacio intercostal. El bazo comprende desde la sexta costilla hasta un poco por debajo del reborde costal y su límite derecho casi alcanza á la línea media.

El análisis de sangre da:

Hematíes	4.892.000
Leucocitos	8.400
Valor globular	0.95

Diagnóstico. — El comienzo de la enfermedad, análogo á los casos anteriores, pues fué con ictericia, aumento de volumen del vientre y dolor en el hipocondrio y vacío derechos, su aspecto actual de infantilismo, su color ictérico muy pronunciado, las manchas pigmentarias y los dedos hipocráticos, son datos que hablan en pro de una *cirrosis biliar.*

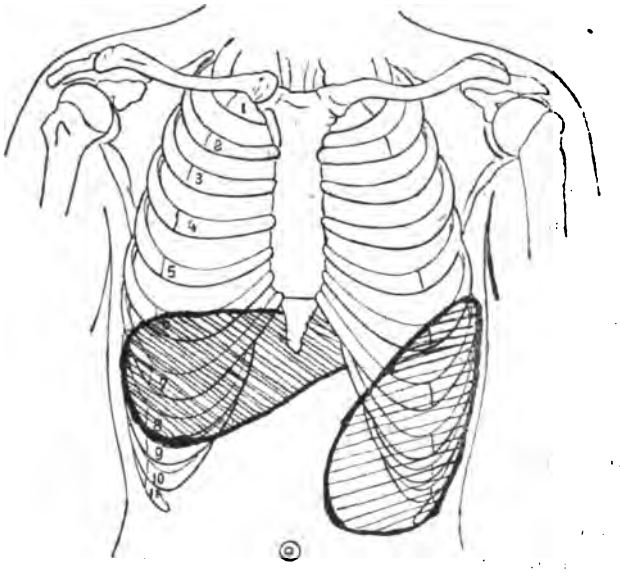


Figura 8.

Ahora bien, este caso presenta algunas diferencias con los anteriormente estudiados; la primera referente al curso que ha sido en este enfermo mucho más rápido, ya que en cinco meses de enfermedad han llegado los síntomas á tener más intensidad que en los otros dos casos que llevan seis años el primero y tres el segundo, de padecimiento; la segunda diferencia es la reducción del volumen del hígado que presenta el enfermo objeto de esta observación y que puede apreciarse en el esquema que adjunto presentamos.

Tenemos por tanto que hacer el diagnóstico de cirrosis biliar por-

que á ello nos obliga los síntomas de ictericia, esplenomegalia, etc., y además de forma *atrófica* por la disminución del volumen del hígado

Del tipo de cirrosis biliar con hígado atrófico hay dos formas (1), una en la que el hígado ha sido siempre atrófico y otra en la que la atrofia fué precedida de un período hipertrófico; nuestro enfermo pertenece á este segundo grupo, porque aunque pocas, hemos encontrado algunas diferencias en el volumen del hígado, desde la primera vez que le exploramos hasta la última, habiendo mediado un mes entre ambas observaciones.

Pudiera confundirse esta forma de cirrosis biliar con la esplenomegalia primitiva, con cirrosis atrófica (enfermedad de Banti), pero esta enfermedad tiene una anemia que es la que inicia el cuadro clínico, no tiene verdadera ictericia sino un tinte ligeramente amarillento; en los últimos períodos la semeiología urinaria es muy significativa, va acompañada de ascitis, tiene oligocitemia y leucopenia y todos estos síntomas ó faltan (oligocitemia, ascitis, signos urinarios), ó se presentan de otra forma (ictericia), en el caso que estudiamos.

***

Se presta el estudio de estos enfermos á hacer algunas consideraciones sobre sintomatología, marcha, etiología y tratamiento de las cirrosis biliares, puntos de gran interés, pero de los cuales nosotros no nos ocuparemos sino de un modo ligero con objeto de no salirnos de los límites que corresponden á un trabajo de la índole del nuestro.

Resalta en primer término el estado general que es relativamente satisfactorio, lo que no es de extrañar, pues no van acompañadas las cirrosis biliares de una *verdadera* colemia, sino que en ellas lo que hay es una verdadera *hiperhepatia*, es decir mayor función de la célula hepática. En cambio, en las cirrosis venosas donde ésta no existe, sino que hay insuficiencia hepática, el estado general es bastante más inquietante. La misma ictericia, que es el único síntoma de colemia que claramente se presenta en estas enfermedades, puede estimarse como una verdadera defensa, dado que la fijación por la piel de los pigmentos biliares (2) (elementos considerados por los autores modernos como los más tóxicos de la bilis), evita al organismo trastornos de mayor cuantía.

(1) Lereboullet: *Loc. cit.*
(2) Ludolfo Krehl: Fisiología patológica.

Recordando la participación que tiene el bazo en el cuadro de las cirrosis biliares, no extrañará encontrar en estos enfermos rasgos de infantilismo, pues como glándula vascular sanguínea toma parte en el desarrollo del individuo. Esto se cofirma con los enfermos que presentamos, pues si en el de la observación 1.ª no se nota nada de particular en su desarrollo, es debido sin duda á que empezó á padecer cuando éste estaba terminado; por el contrario en los otros dos (observaciones 2.ª y 3.ª), como su enfermedad se ha producido en plena época de desarrollo, los rasgos de infantilismo son más acentuados, sobre todo en el de la observación 2.ª, pues en ésta el curso de la enfermedad ha sido más largo.

Como vemos, aquella relación existente entre el bazo y el hígado en lo fisiológico, trasciende á lo patológico, dando origen á las variadas formas de cirrosis biliares, predominando unas veces la esplenomegalia, otras el aumento de volumen hepático, siendo el hígado el primer aviso de la enfermedad en determinados casos, siéndolo el bazo en otras ocasiones, debido todo esto sin duda á condiciones individuales y al predominio de algún modo patogénico. Por tanto, la combinación ó predominio de una ú otra lesión (esplénica ó hepática), da origen á las múltiples formas de la cirrosis biliar y pie á la empeñada discusión de las esplenomegalias primitivas.

El curso de la enfermedad viene á confirmar también la relativa tolerancia que tiene el organismo para estos procesos, puesto que en dos de nuestros enfermos (observaciones 1.ª y 2.ª), la duración es de algunos años. En el enfermo diagnosticado de cirrosis biliar tipo Gilbert Fournier, se presentó una pulmonía (accidente bastante frecuente por las auto-infecciones) (1), cuando ya estaba enfermo de cirrosis, y sin embargo, de esta contrariedad salió victorioso su organismo.

El enfermo de cirrosis biliar con hígado atrófico que se separó del cuadro clínico que presentaban los otros por la gran diferencia de tener pequeño el hígado, se separa asimismo por el curso de la enfermedad, ya que su evolución es mucho más rápida. El hecho de ser pequeño el hígado en un enfermo que en los demás síntomas, es muy semejante á los de la observación 1.ª y 2.ª, parece que tiende á separarle algo de las cirrosis biliares y aproximarle á otro grupo de enfermedades hepáticas y seguramente que las diferencias de ta-

(1) Lereboullet: *Loc. cit.*

maño crean diferencias de función que explican suficientemente el curso rápido de la enfermedad.

La etiología de estos enfermos es poco expresiva y únicamente en el enfermo de tipo Hanot se encuentran los vermes intestinales que, si no de un modo *claro*, pueden dar cuenta por su emigración y llegada al hígado, de la existencia de una angiocolitis anterior que tal vez fuese el punto de partida de la enfermedad actual. Pero esto es muy problemático. En el tercer caso de los presentados por nosotros la viruela por él padecida, no explica el por qué de la enfermedad, dado que ha mediado mucho tiempo desde que la padeció hasta el comienzo de la cirrosis.

Por todo esto creemos que en esta clase de enfermos la verdadera etiología es la infección de origen intestinal obrando en un terreno favorable.

El tratamiento médico es de todos conocido y esto nos ahorra el tenerlo que detallar. Los principales medios empleados en estas enfermedades, son el régimen, la antisepsia intestinal, los purgantes, colagogos, la hidroterapia y aun el mismo masaje de la región hepática. La berberina en estos casos como medio que tiende á disminuir el volumen del tumor esplénico no tiene grandes indicaciones.

Como quiera que algunos creen en el comienzo esplénico (sobre todo en la cirrosis biliar hiperesplenomegálica), tenemos que indicar algo sobre la esplenectomía en estas enfermedades. Lereboullet cree que la esplenectomía no sólo no está indicada sino que existe una verdadera contraindicación desde el momento que al suprimir el bazo se suprime un gran reservorio sanguíneo, hecho que se traducirá por un aumento de presión en la vena porta intestinal y facilidad para que se produzcan hemorragias intestinales.

Bessel-Hayen (1), no cree en esta contraindicación, dado que en la enfermedad de Banti aconseja la intervención operatoria en cualquier período. A nuestro modo de ver los que se ponen más en razón son Quénu y Duval, puesto que ellos creen que la esplenectomía sólo está indicada en aquellos casos en que el volumen del bazo es tan extraordinario que produce grandes trastornos abdominales. Por todo esto, como nuestros enfermos lo son de cirrosis biliar, no creemos necesaria la esplenectomía y únicamente si el bazo llega á producir trastornos abdominales de cuantía, será discutible la intervención operatoria.

(1) Quénu y Duval: *Revue de Chirurgie.*

REVISTA DE TERAPÉUTICA Y FARMACOLOGÍA

POR EL DOCTOR

D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.

SUMARIO: I. La maretina.—II. Tratamiento de la dispepsia infantil por el agua oxigenada.—III. La adrenalina contra el hidrocele rebelde.—IV. Valerobromina.—V. La luz roja en el tratamiento del noma.—VI. El bálsamo del Perú como remedio muy activo de las úlceras atónicas.—VII. El lactato de eucaína.

I. **La maretina.**—Con este nombre de pura fantasía acaba de lanzarse al comercio un nuevo derivado de la fenilhidracina, el carbaminato de metil-tolilhidracina, perteneciente al grupo de las ureas de las hidracinas aromáticas, y que desde el punto de vista de su composición elemental, puede ser considerado como una acetanilida metilada en la que el grupo acetanilido ha sido reemplazado por un complexo úrico muy estable é íntimamente unido á los demás elementos que vienen á formar parte de la referida combinación.

Se presenta bajo forma de polvo blanco, cristalino, insípido é inodoro, casi insoluble en agua fría (1 por 1000), bastante soluble en el agua caliente (1 por 50) y en el alcohol (1 por 100); que se funde entre 183 y 184°, y que se descompone bajo la influencia de temperaturas muy elevadas, desprendiendo amoníaco.

Administrada por vía gástrica en dosis de 25 á 50 centígramos, la maretina produce un descenso bastante acentuado de la temperatura febril, que se lleva á término de una manera gradual y progresiva, comenzando á los treinta ó cuarenta minutos de haber ingerido el medicamento y alcanzando su máximum (1 á 3°) á las cuatro ó cinco horas. Este descenso no se acompaña de cianosis ni de síntoma alguno de colapso, y la nueva elevación de la curva térmica, que no tiene lugar hasta después de seis, ocho, doce ó veinticuatro horas, según los casos, se verifica también con cierta lentitud y sin ir precedida de escalofrío. Según los estudios experimentales realizados por Barjansky y Kaupe, la frecuencia del pulso disminuye en relación proporcional con el descenso de la fiebre, pero en cambio, la presión sanguínea no parece experimentar importantes modificaciones.

Las funciones digestivas no se alteran ni entorpecen en lo más mí-

nimo, bajo la influencia de este nuevo remedio, cuya eliminación se verifica casi en totalidad por las orinas, coloreándolas de amarillo y haciéndolas adquirir la propiedad de reducir el licor de Fehling. El único trastorno que algunas veces sobreviene como consecuencia del empleo de dicha droga, es un sudor más ó menos copioso, pero siempre de corta duración, coincidiendo con el principio de la defervescencia.

Hasta ahora, el compuesto de que se trata ha sido empleado con satisfactorio éxito por Kaupe, Barjansky, Elkan y Helmbrecht en el tifus intestinal, fiebres gástricas, enteritis infecciosas, pleuresías con derrame, gripe, paludismo y septicemia; sin embargo, todos están conformes en reconocer que donde proporciona mayores beneficios es en las manifestaciones febriles del primero y segundo período de la tuberculosis, pues careciendo como en efecto carece de toda acción perjudicial sobre el corazón, aparato digestivo y sistema nervioso, tiene la gran ventaja de producir descensos térmicos tan duraderos que á veces se prolongan durante todo un día.

Helmbrecht, después de haber reunido 25 observaciones todas referentes á individuos tuberculosos, asegura que este nuevo antitérmico, dado en dosis de 60 á 90 centígramos en tres fracciones, le ha proporcionado resultados excelentes hasta en casos rebeldes á otros muchos medicamentos del mismo grupo. Jamás sobrevinieron trastornos digestivos ni fenómenos de colapso, y los sudores que solían acompañar al comienzo de la remisión febril nunca fueron profusos.

La maretina se prescribe generalmente en sellos de 25 centígramos para tomar dos ó tres en las veinticuatro horas, pero puede administrarse también en enemas (medio gramo de la expresada droga por 250 de leche tibia con 10 gotas de tintura de opio), proporcionando, bajo esta última forma de administración, resultados tan satisfactorios como por vía gástrica.

II. **Tratamiento de la dispepsia infantil por el agua oxigenada.**—Después de haber demostrado por una serie de experimentos practicados en perros, que el agua oxigenada introducida en el estómago desenvuelve efectos digestivos muy semejantes á los del ácido clorhídrico medicinal, los Dres. Gallais, Flourens y Walter han hecho uso de la referida droga en el tratamiento de la dispepsia gastro intestinal de los niños pequeños, obteniendo resultados bastante satisfactorios, sobre todo por cuanto se refiere á los vómitos de materias alimenticias sin digerir, pues en la inmensa mayoría de los casos, este grave trastorno, que imposibilita por completo la nutrición, ha cesado

definitivamente á las veinticuatro ó treinta y seis horas de comenzar la cura.

Los autores emplean el agua oxigenada á 12 volúmenes, mezclándola con la leche que ha de tomar el enfermito en proporción de diez gotas por cada biberón de 100 gramos ó diluyendo una á tres gotas del indicado medicamento en una cucharada de leche tibia, para administrarle antes de dar el pecho.

Para los niños mayorcitos que ya no lactan, es mucho mejor prescribir antes de cada comida diez gotas de agua oxigenada en un cortadillo de cualquier agua mineral alcalina de composición semejante á la de Paugues (bicarbonatadas cálcicas y carbónicas fuertes).

El efecto de dicha medicación sobre las diarreas, es también muy marcado, aunque menos constante. Los autores presentan la observación de un niño de dieciséis meses, afectado de dispepsia gastrointestinal con lienterìa, cuya curación se obtuvo en muy breve plazo, administrando cada tres horas la siguiente mezcla:

Leche.....	100 gramos	(7 cucharadas de las de sopa).
Agua hervida...	60 —	4 — —
Azúcar	5	(una cucharada de las de café).
Agua oxigenada.	XX gotas.	

III. **La adrenalina contra el hidrocele rebelde.**—En vista de los brillantes resultados obtenidos por Barr en el tratamiento de los derrames pleuríticos de repetición, por medio de las inyecciones de adrenalina, el Dr. Rupfle (de Babenhausen), ha tenido la idea de poner en práctica el mismo procedimiento para la cura de los hidroceles antiguos, y muy voluminosos que recidivan al poco tiempo de haber sido operados.

La técnica empleada por dicho Profesor es bien sencilla, pues todo se reduce á extraer, por simple punción, el líquido contenido en la cavidad vaginal del escroto, inyectando inmediatamente 2 centímetros cúbicos de una solución de clorhidrato de adrenalina al 1 por 5.000. Después de la inyección, sobreviene un pequeño derrame que no tarda en reabsorberse por completo, yendo acompañado, sobre todo al principio, de ligeros fenómenos inflamatorios y de sensación de dolor bastante acentuado, pero poco duradero. Todos estos trastornos se disipan espontáneamente al cabo de algunos días y la curación es completa y definitiva á las dos ó tres semanas. Aunque la experiencia del autor resulta todavía muy limitada (sólo ha hecho uso de las inyecciones de adrenalina en dos enfermos), la gravedad

y rebeldía verdaderamente extraordinaria de estos dos casos, son más que suficientes, á juicio del Dr. Rupfle para dejar bien probadas la inocuidad y eficacia de tan sencilla medicación, pues se trataba de hidroceles muy voluminosos que contaban siete y diez años de antigüedad respectivamente, que habían resistido todos los tratamientos empleados hasta entonces y que se reproducían á las pocas semanas de haber sido operados, haciendo necesario repetir las punciones cada dos ó tres meses.

IV. **Valerobromina.**—Combinación del bromo con el ácido valeriánico, neutralizado después con la sosa, que se presenta bajo forma de cristales incoloros, de olor débil no desagradable y soluble en todas las proporciones de agua fría.

Los autores que de ella se ocupan, la describen como un bromovalerianato sódico, de efectos muy análogos á los que desenvuelven los bromuros alcalinos, pues dirige su acción principal sobre los centros nerviosos, y muy especialmente sobre la médula, para disminuir ó paralizar por completo, según la importancia de la dosis administrada, su excitabilidad refleja. No altera las funciones digestivas y es menos tóxica que los bromuros de sodio y potasio, necesitándose de 2 á 2'87 gramos por kilogramo vivo (en los animales de sangre caliente), para dar origen á graves fenómenos de intoxicación.

Tiene las mismas aplicaciones terapéuticas que los bromuros, habiendo sido empleada con éxito satisfactorio por Feré y Boné en la epilepsia, utero-epilepsia, histerismo, neurastenia, palpitaciones nerviosas, insomnio, coqueluche y corea.

Se administra en pociones ó jarabes á la dosis de 3 á 4 gramos diarios, dadas por fracciones de 50 centígramos. En la epilepsia y en el histerismo deben prescribirse dosis máximas de 5 gramos cada veinticuatro horas, repetidas durante mucho tiempo.

V. **La luz roja en el tratamiento del nema.** — El Dr. Motchane, de San Petersburgo, ha hecho uso de la expresada medicación en un niño de nueve años que, como consecuencia de una serie no interrumpida de enfermedades, casi todas graves (escarlatina, viruela discreta, sarampión, pulmonía doble, enteritis aguda y otitis media supurada), padecía una gangrena de la boca, desarrollada con tan extraordinaria rapidez, que á los pocos días había sobrevenido una doble perforación del labio y de la mejilla.

El tratamiento se redujo á la aplicación constante de la luz roja, efectuada por medio de una lámpara de 16 bujías, provista de un

tubo del mismo color y colocada á 25 centímetros de distancia de las partes enfermas. El efecto de la luz quedaba limitado á las porciones invadidas de gangrena, gracias al empleo de un reflector cónico que servía también para resguardar los ojos del enfermo de la acción directa de dichas radiaciones luminosas.

El alivio comenzó al tercer día, revelándose por la desaparición completa de los dolores y por una disminución bastante acentuada del olor nauseabundo que antes exhalaban las lesiones bucales. Poco después comenzaron á repararse los tejidos destruídos, las úlceras se cubrieron en muy poco tiempo de granulaciones cicatriciales, y á las dos semanas el enfermo pudo ser dado de alta completamente curado.

Conviene advertir que el Dr. Gokolov había obtenido cinco años antes resultados análogos en otro niño afectado de noma, un mes después de pasar el sarampión.

VI. **El bálsamo del Perú como remedio muy activo de las úlceras atónicas.**— Hace dos años que los Dres. Van Stocken y Burger (de Coburgo) dieron á conocer los brillantes resultados que habían obtenido en toda clase de heridas contusas y úlceras atónicas con el bálsamo del Perú, remedio muy usado en la antigüedad, pero olvidado injustamente por la inmensa mayoría de los autores modernos.

Poco después, en 1904, los Sres. Petretto, asistente á la Clínica del Dr. Sigel, cirujano del Hospital Rottenmann, y Hoffer, profesor extraordinario de la Facultad de Medicina de Gratz, consiguieron la curación de varios casos de úlceras atónicas tan antiguas como rebeldes, sin otro tratamiento que una pomada compuesta de dicho bálsamo y nitrato de plata, en proporción este último de 0'30 por 90, y en época todavía más reciente, á principios del año actual, el doctor Bohdanowicz (de Niza), ha publicado una nota en la *Semaine medicale*, asegurando que desde hace largo tiempo (más de diez años) viene haciendo uso del bálsamo del Perú, como estimulante de la cicatrización y antiséptico, en gran número de procesos ulcerosos de marcha lenta, habiendo conseguido resultados muy superiores á los que generalmente se alcanzan con los demás remedios aconsejados en tales casos.

Bajo la influencia de tan sencilla medicación — dice este último Profesor en la comunicación antes citada — la granulación cicatricial se lleva á cabo con asombrosa rapidez, y sin producir irritación de ningún género en los tejidos sanos inmediatos á la úlcera. Pérdidas de substancia consecutivas á cortedad de colgajos después de

una amputación, que habían resistido durante años enteros á la reiterada aplicación de toda clase de tópicos, curaron definitivamente y en plazo muy breve (seis á siete semanas), gracias al oportuno empleo del bálsamo peruviano, bajo forma de pomada al 15 por 100. Análogos beneficios se consiguen en las úlceras varicosas y tuberculosas, en las heridas contusas que no cicatrizan por primera intención, en los trayectos fistulosos y en las fístulas; pero en cambio carece por completo de acción terapéutica en el lupus y en los procesos ulcerativos de naturaleza sifilítica ó cancerosa.

Por lo que se refiere á la manera de emplear el medicamento, Petretto recomienda asociarlo al nitrato de plata, según se detalla en la siguiente fórmula:

Bálsamo del Perú.....	6 gramos.
Nitrato de plata.....	30 centigramos.
Ungüento simple.....	90 gramos.

Otros, entre ellos Bohdanowicz, no han observado ningún aumento de energía en los efectos cicatrizantes del producto de que se trata, gracias á la adición de la referida sal argéntica, y como dicha mezcla suele tener el grave inconveniente de resultar algo dolorosa para la inmensa mayoría de los enfermos, creen preferible prescribir el bálsamo solo mezclado con vaselina, en proporción de 3 á 15 por 100, ó añadiéndole, cuando más, pequeñas cantidades de ácido salicílico.

VII. **El lactato de eucaína.** — Para obtener la anestesia de los tejidos superficiales, sobre todo de la piel y de las mucosas, el Dr. Zangard considera preferible recurrir á esta nueva combinación de la eucaína con el ácido láctico, pues poseyendo los mismos efectos terapéuticos que el clorhidrato de la misma base, carece en absoluto de las propiedades irritantes de esta última sal, y resulta á la vez mucho más soluble en agua fría (1 por 5).

Haciendo uso del referido compuesto, se pueden, por lo tanto, preparar soluciones muy concentradas, capaces de dar origen á una anestesia tan completa como duradera y desprovista en absoluto de todo fenómeno de irritación local. Cuando se quiere producir al mismo tiempo la retracción é isquemia de los tejidos, basta con añadir á la solución de lactato de eucaína una pequeña cantidad de adrenalina, con lo cual no sólo se previenen las hemorragias durante el acto operatorio, sino que también se aumentan la intensidad y duración del efecto anestésico.

Como la sal que estudiamos contiene menos base (verdadero principio activo) que el clorhidrato, es necesario recurrir á soluciones algo más concentradas, prescribiéndolas para oftalmología al 2 ó 3 por 100, para la anestesia por infiltración al 12, para la anestesia regional del 2 al 5, y para la faringe, nariz y oídos del 10 al 15.

Si se prefieren soluciones más débiles, es necesario añadir cloruro sódico en cantidad de 0'80 por 100 para las que contengan menos de 1 de lactato por 100 de agua, y 0'20 para las que oscilen entre 1 y 2 de sal de eucaína, por la misma proporción del disolvente antes indicado.

Con respecto á los resultados prácticos de este nuevo producto farmacológico, Katz, después de haberlo experimentado en veinte enfermos de afecciones del oído, nariz y faringe, no vacila en declarar que bajo forma de solución acuosa al 15 por 100, constituye un excelente anestésico desprovisto en absoluto de todo peligro.

A juicio del indicado Profesor, tiene sobre la cocaína la gran ventaja de no contraer los vasos, lo cual nos permite descubrir perfectamente todo el campo operatorio cuando nos encontramos en presencia de una hipertrofia de los cornetes, pero sin que haya tampoco excesiva dilatación vascular, ni sobrevengan, como consecuencia de la misma, grandes hemorragias.

El autor asegura haber practicado repetidas inyecciones en la mucosa del cornete inferior, sin observar trastornos ni molestias de ninguna clase.

En otología, prefiere el lactato de eucaína al clorhidrato de la misma base y al de cocaína, cuando se trata de extraer pólipos ó granulaciones en sujetos débiles y en los que es necesario intervenir repetidas veces, pues aparte de no causar irritación alguna en el conducto auditivo externo, las granulaciones de pequeño volumen no se retraen hasta el punto de desaparecer casi por completo, como ocurre cuando se hace uso del principio activo de las hojas de coca, á consecuencia de sus pronunciados efectos vasoconstrictores.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio

I. HIGIENE DE LOS HUESOS Y DE LAS ARTICULACIONES DEL NIÑO, APUNTES PARA UN LIBRO, por el Dr. D. Antonio Martínez Angel. Madrid. 1905.
II. CÓMO VIVIMOS Y POR QUÉ, por D. Pedro Pallás Valls. Manresa, 1904.
III. SIFILIOGRAFÍA RÍTMICA, por el Dr. D Francisco López-Cerezo Andreu. Madrid, 1905.

I

La lectura de la obra del Dr. Martínez Angel ha dejado en nuestro ánimo la satisfacción obligada después de aprender cosa original, y por lo tanto, interesante é instructiva. Con la mayor sinceridad hago esta declaración. Nada conozco publicado en España que se parezca al texto de esta obra, y por eso califico de original el asunto que su autor ha sabido exponer con amenidad tal, que no deja abandonar su lectura hasta satisfacer bien la curiosidad científica. Garantiza esta apreciación ser dicha obra el fruto de la observación durante algunos años de cuanto en ella se consigna pasado por el tamiz de la Clínica que bajo su dirección funciona en el Instituto Rubio.

Hoy que la ortopedia ha tomado el verdadero carácter de especialidad, que su campo tiene extensos límites, así como el interesante capítulo de la patología ósea y de las articulaciones, al cual va unida estrechamente, obras de esta índole son de un valor inapreciable, y mucho más si van suscritas por firmas de reconocida competencia, como es la del Dr. Martínez Angel.

En esta publicación se trata de estudiar al niño en sus funciones orgánicas y se analiza cuanto con ellas se relaciona desde el punto de vista profiláctico de las alteraciones que puede sufrir su esqueleto por fomentar el vicio de ellas cuando no se conoce el alcance etiológico que puede tener.

La clase médica no ha prestado todavía la debida atención al estudio de esta materia, y de ahí los frecuentes errores de diagnóstico y de tratamiento, como da á conocer en varios pasajes de su obra el Dr. Martínez Angel, errores padecidos por médicos ilustrados en

suficiente grado para el ejercicio profesional. Además, los encargados de la dirección educativa de los niños ignoran muchas cosas que deben saber, para que aquélla sea provechosa y libre de consecuencias fatales para la salud de sus educandos.

Pone el autor gran cuidado en no omitir nada referente al caso, y así se desprende del índice de materias que abarca. Demostrar cómo el niño es esclavo del adulto, que le impone toda clase de molestias por el uso de prácticas hijas de las costumbres sociales en el vestido, baño, ejercicios, etc., es objeto de un interesante capítulo.

En otros se ocupa de la higiene del esqueleto, antes de que el niño pueda ponerse en pié; de la inspección del niño, cabeza, tronco, extremidades, talla, peso, y de varios asuntos interesantísimos, como son el examen radioscópico y radiográfico y evolución de la osteogenesis, y la mineralización y desmineralización que son base clínica de extraordinaria importancia.

Otro capítulo consagrado á las enfermedades que deforman el esqueleto, es de lo más clínico y original que vemos en la obra, y sobre todo las ideas que expone relativas al raquitismo.

Estudia también la estructura del niño (luxación mal llamada congénita de la cadera, pié plano y otros trastornos), y revela sus profundos conocimientos en la materia, y sobre todo en la mecánica aplicada á estos trabajos clínicos.

Los juegos y la gimnasia constituye lo que él llama la dinámica del niño, y la analiza desde su punto de vista científico, tal como debe ser tratándose de higiene profiláctica.

Por último, desarrolla dos cuestiones que son inherentes al objeto de su obra: el niño en la escuela y el niño en el taller, en las cuales no pierde la nota práctica que resplandece en todo este trabajo en el cual también resalta la amenidad con que trata las cuestiones y la refutación seria de cuanto la creencia vulgar puede perturbar lo que constituye la dirección científica del desarrollo del niño.

En resumen, esta obra puede calificarse de excelente, porque reune todas las condiciones que exige el objeto para que fué escrita y el fin á que aspira el autor, á quien felicitamos cordialmente por su acierto, que hallará la debida recompensa en la estimación con que acogerá su labor toda la clase médica.

II

De tres capítulos consta el trabajo del Dr. Pallás, y las cuestiones que en ellos desarrolla están presentadas de modo claro y vulgar,

al punto que responden bien al objeto que se propone el autor: El amor y la ciencia en las células; el tratado de los métodos ó el mejor método que debe seguirse en las investigaciones patológicas, y el tratado de la enfermedad de los cañaveros, son expuestos de modo original y científico, revelando un gran espíritu de observación clínica en el último, por lo que su obra se lee con verdadero agrado.

Debo llamar la atención acerca de la enfermedad de los cañaveros, perfectamente observada y claramente escrita por el Dr. Pallás, que nos ha proporcionado una obra de mérito científico.

III

El libro dado á luz por el distinguido sifiliógrafo Dr. Cerezo es sumamente original. A nadie se le ha ocurrido escribir en verso, en forma compendiada, un Tratado para explicar con la suficiente claridad, y al alcance de casi todas las inteligencias, lo que es la sífilis, en la historia, causa, períodos de evolución, forma de manifestarse, tratamiento, etc. Pero el Dr. Cerezo, envejecido ya en el ejercicio de esta especialidad, es lo suficiente hábil como conocedor del asunto y con facultades para manejar el verso en sus variadas formas métricas, y por eso logrará su deseo de instruir deleitando á cuantos gusten de la exposición métrica para aprender el fundamento clínico de esta enfermedad, estudiada de modo tan completo en todos sus aspectos.

Como obra de síntesis es notable, pues en ella se condensa la doctrina seria y se prescinde de entusiasmos modernistas, que aún no tienen la sanción clínica. Dedicada á la clase escolar médica, tendrá la aceptación que se merece por ésta, siempre amante de lo bueno, y por el público que siente deseo de instrucción cuando obras como ésta enseñan á satisfacción la materia que desarrollan.

Merece plácemes el distinguido Dr. Cerezo, por haber publicado su obra, de gran fondo científico y en forma sumamente original.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 3 de Mayo de 1905

Operación de Porro. — El Dr. Recasens: El caso que voy á someter á la consideración de la Sociedad, lo considero importante, no bajo el punto de vista técnico, sino como cuestión de indicaciones de intervención.

Se trata de una joven primípara que ha ingresado en mi Clínica de obstetricia esta mañana. El sábado 29 de abril comenzó el parto y en el mismo día se rompió la bolsa de las aguas, continuando los fenómenos del trabajo en los días sucesivos sin adelantar nada. Reconocida, se observa que el cuello está completamente dilatado, la cabeza fetal se encuentra sobre el estrecho superior en asinclitismo anterior, persisten las contracciones enérgicas; el líquido amniótico, que fluye en pequeña cantidad, es de una fetidez horrible; la pelvimetría digital acusa un diámetro conjugado de unos 7 y ½ centímetros, más cerca de los 7 que de los 7 y ½; no se perciben los latidos cardíacos del feto, siendo presumible que esté muerto desde el domingo; la temperatura de 38°,7 nos indica una infección pútrida por lo menos.

Tratándose de una mujer en estas condiciones y con feto muerto y putrefacto, no había que pensar en la cesárea ni en la sinfisiotomía, operaciones destinadas más bien á la extracción de un feto vivo; para mí, en este caso, sólo podía estar indicada ó la basiotripsia ó la operación de Porro.

La primera tenía la ventaja de que siendo la enferma una mujer joven, saliendo bien del grave compromiso en que se hallaba, quedaba en condiciones de tener más hijos, pero, en cambio, por bien que se practique siempre se producen, ya con el instrumento, ya con las esquirlas óseas, erosiones ó lesiones más profundas, que quedan expuestas á infectarse inmediatamente. Aun sin ello siempre dejábamos el útero en condiciones sépticas graves.

La operación de Porro, hecha con cuidado para evitar la infección del peritoneo, podía salvar la vida de la enferma, pero tenía el inconveniente principal de dejarla inhábil para la maternidad.

Consultado y discutido el caso entre algunos Profesores que asisten á mi Clínica, los ayudantes y alumnos, aunque ha habido disparidad de opiniones y vacilación en la elección, hemos escogido lo que presentaba más probabilidades de vida para la mujer, sin tener en cuenta la maternidad futura y hemos practicado la operación de Porro.

Describe á grandes rasgos la mencionada intervención: laparotomía; después de basculado el útero, hizo la sutura cerrando la cavidad de la serosa abdominal, colocación de las dos agujas en la base del pedículo, incisión

longitudinal, á lo Casuso, del útero, salida del feto de un color amarillo, con fetidez irresistible; la placenta, probablemente desprendida ya, salió espontáneamente por la herida mientras colocaba el tubo en el pedículo; sutura de la piel del abdomen. A las ocho y media de esta noche la operada tenía 37°,6 y 100 pulsaciones; estaba, pues, en mejores condiciones que antes de la operación.

Hemos examinado el útero extirpado, y al ver que se hallaba infectado, no sólo la mucosa sino el miómetro, abrigo la convicción que de haber hecho una basiotripsia hubiera venido una infección agudísima, por lo cual quedo muy satisfecho por haberme decidido á ejecutar la operación de Porro, creyendo que en las condiciones en que estaba mi operada, vale la pena de sacrificar el útero.

El Dr. Gutiérrez: El problema que ha presentado el Dr. Recasens entraña suma importancia y gravedad y hay que considerarlo bajo dos aspectos: moral y científico, y en su estudio debe meditarse mucho. Bajo el primer aspecto yo no me atrevería á proponer la operación de Porro porque es privar á una mujer joven de su útero condenándola á perpétua infecundidad. Hubiera preferido y practicado la embriotomía sin temor á las heridas y contusiones de que hacía S. S. mención, y tratada esa infección localizada por una rigurosa antisepsia, quizá se hubiera salvado esa mujer á la par que quedaba en condiciones de nuevos embarazos. ¿Cuántas veces la infección pútrida no cede con un tratamiento antiséptico? Por otra parte, si el caso actual hubiera ocurrido en una casa particular en donde se ventilasen grandes intereses de nacer nuevos seres, con seguridad que recurriríamos á la embriotomía á fin de conservar el útero, mucho más si tenemos en cuenta que la ciencia posee hoy medios para resolver favorablemente los partos en pelvis de 7 centímetros y medio.

En suma: mi juicio particular es que, en casos como el expuesto, debe recurrirse á la embriotomía.

Bajo el punto de vista científico, encuentro en la operación de Porro el grave inconveniente de que deja tejido uterino que puede estar infectado y ser causa de que continúe la infección; así es que de optar por la histerectomía yo la hubiera hecho total.

El Dr. Parache: He sido testigo y consultado acerca del caso, y aunque me pareció justiciable de una basiotripsia, como estaba en minoría se ha practicado la operación de Porro, pero después, cuando he visto el estado del útero, cuando he apreciado las lesiones tan importantes de su mucosa y capa muscular, lesiones en las que quizá no se hubiera obtenido resultado curativo aun con un tratamiento rigurosamente antiséptico, me he convencido de que si en algún caso estaba indicada la operación de Porro, era en éste y de que con ella se ha resuelto un problema de orden vital.

El Dr. *García de Arias* abundando en las mismas ideas del Dr. Gutiérrez, suscribe todo lo dicho por él, creyendo que cuando la infección es generalizada, todos los tratamientos son inútiles y cuando es local, la naturaleza se encarga de eliminar venenos ayudada por los lavados intrauterinos, el desagüe, etc., medios todos mecánicos, pues en los agentes químicos no tiene confianza. Cita un caso práctico, en el cual el feto, retenido y putrefacto, fué eliminado á pedazos en varios días haciendo el útero una embrio-

tomía espontánea á pesar de lo que la mujer se salvó. Insiste en que en el caso expuesto por el Dr. Recasens bastaba la basiotripsia.

El Dr. Récasens rectifica diciendo: no voy á hacer gran hincapié en esta cuestión de la septicemia puerperal y sólo diré las cosas tal como las siento. Enfermedad que, como la infección puerperal, tiene muchos tratamientos, puede decirse que ninguno es bueno; así que tan pronto como una puérpera me dice que ha sentido un escalofrío, lo siento yo también. Pienso igual que Olshausen acerca de este género de infecciones: como tratamiento preventivo, todo; como curativo, casi nada; por eso no puedo aceptar la nota optimista del Dr. García de Arias. Respecto á la indicación de la operación de Porro, ya he dicho que no generalizaba aconsejándola en todos los casos, sino en este concreto. En una casa particular yo hubiera dejado al criterio de la enferma ó de su familia la resolución del caso después de exponerles sus ventajas é inconvenientes. Entiendo que lo primero que hay que conservar es la vida del individuo. En cuanto á la basiotripsia ¿es que no da mortalidad? Las estadísticas la hacen subir á 19 ó 20 por 100 en los casos sin infección y en los infectados á un 50 por 100 ó más. Pero aun haciendo caso omiso de las erosiones y heridas que produce, aun siendo ideal, quedaba el útero profundamente infectado. Añade que también propuso y se discutió hacer primero la basiotripsia, y según como fueran las cosas, ejecutar al día siguiente ó después la histerectomía y todos contestaron que no. Repite que cuando vió el estado de gangrena molecular de la mucosa uterina ya no le quedó resquemor alguno, porque antes que la conservación del órgano está la del individuo.

No está conforme con el Dr. Gutiérrez al preferir en absoluto la histerectomía total ó la subtotal por lo imposible que es desinfectar la vagina y porque la extirpación resulta siempre en el primer caso intraperitoneal, mientras que yo la hice extraperitoneal garantizando de infección á la gran cavidad serosa. La operación de Porro hoy no se hace más que por osteomalacia ó en úteros infectados, pero no en las condiciones en que la hizo su autor, porque se recurre de preferencia á la sinfisiotomía ó á la cesárea.

En resumen: De la discusión del caso concreto y pesando el pro y el contra, hemos optado por lo tanto por la mencionada operación de Porro, sin que tengamos motivos de arrepentirnos y sin pretender generalizar.

Se extiende después en consideraciones acerca de la septicemia local y general, rechazando la palabra falta de lógica que ha empleado el doctor García de Arias. Manifiesta la manera cómo se defiende el organismo de las toxinas y agente sépticos, y advierte que él ha puesto en práctica todos los tratamientos que se recomiendan en la generalizada (inyecciones de formol, ídem de colargol, cápsulas suprarrenales, diversos sueros, etc.), como tentativas de curación de la misma, dentro del pesimismo que hoy domina en este particular.

El Secretario de actas,
Dr. Polo y Tremps.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la inversión uterina.—El Dr. D. Eugenio Gutiérrez, publica en la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, un artículo relativo á este asunto, en el cual después de ocuparse de las causas de la inversión uterina, á propósito del tratamiento, dice:

«En uno de los casos por mí tratados empleé durante bastante tiempo el taponamiento de Hoffmeier, sin conseguir la reducción completa, que en cambio obtuve con el método de presión elástica, también de taxis gradual. La presión elástica, y como tal continua, ha sido recomendada por distintos ginecólogos. Tyler Smith se valía de un pesario de aire de Gariel, aunque combinaba su aplicación con la taxis manual durante diez minutos por mañana y tarde; Gaillard Thomas ideó la copa de madera y con tallo curvo, sujeta á dos tubos de goma elástica.

Lawson Tait empleaba una copa de caucho duro, con tallo recto de igual substancia, á la que asoció más tarde un anillo con tallo curvo, del mismo material, sostenidos una y otro por cordones de goma elástica, teniendo tal confianza en su procedimiento, que dice: «Ningún caso de inversión uterina que no esté complicado de tumor resiste á éste medio terapéutico». Con él he conseguido un éxito completo en una enferma á que antes hice referencia, y de la cual me ocupé en la Sociedad Ginecológica Española en la sesión de 28 de febrero de 1894.

Se trataba de una señora de veintisiete años de edad, casada y residente en Madrid, la cual tuvo su primer y único parto el 26 de marzo de 1886. Uno de los tres Profesores que en el mismo intervinieron, al practicar la extracción de la placenta, hubo de ejercer tracción demasiado enérgica, estando relajada la matriz, y como consecuencia se produjo una inversión completa de este órgano, que, á pesar de haber sido al parecer reducida, se reprodujo, advirtiendo la enferma desde aquel momento constante pérdida de sangre. Cuando me consultó, cuatro años más tarde, esta señora estaba muy debilitada por un flujo serosanguinolento continuo en las épocas intermenstruales. Un tumor piriforme, de color rosa pálido y con manchas negruzcas, de consistencia un tanto blanda, colgaba en la vagina y asomaba á la vulva, hallándose limitado en su parte superior y más delgada por un rodete que bien se percibía ser el orificio externo del cuello uterino; por el hueco ó surco que separaba este rodete del cuello del tumor no podía penetrar el histerómetro. Practicando el tacto vaginal profundamente y la palpación por encima del pubis, no se tocaba el cuerpo de la matriz, y en cambio por el tacto rectal se tocaba perfectamente una sonda introducida en la vejiga, con sólo rebasar con el dedo la bifurcación de los repliegues úterosacros. Era, pues, una inversión uterina crónica y completa, y, antes de proceder á la taxis forzada, quisimos emplear el procedimiento de Hoffmeier, haciendo durante bastante tiempo el taponamiento con la gasa yodofórmica, que el mismo marido de la enferma, muy inteligente y ya aleccionado, practicaba con regularidad cada dos días.

Cuando ya parecía que la dificultad de la retracción del cuello iba dis-

minuyendo, procedí á la taxis forzada por el procedimiento de Emmet, bajo la anestesia, sin conseguir resultado, como desgraciadamente me había sucedido en otra ocasión con una enferma de Ciempozuelos, en la cual recurrí al mismo procedimiento para conseguir una inversión de seis años de fecha. Después de estas tentativas, y sin querer llegar á la amputación de la matriz como recurso extremo en aquella época, propuse á la enferma ensayar el procedimiento de Lawson Tait, que no aceptó por tener que ausentarse de Madrid. Pero á su regreso de Tafalla, donde residió muchos meses, me recordó el tratamiento que le había propuesto, y encargué á Londres el aparato de Lawson Tait, que se reduce á un cinturón de tela en el que están suspendidas unas tiras postizas provistas de una serie de corchetes, á los cuales se engancha un cordón de goma bastante resistente y elástico, que pasando á través de uno de los orificios que ofrecen los tallos, y á la manera de una T de ano, sostiene éstos á una tensión fácil de graduar con sólo enganchar el cordón en un corchete más alto

Lawson Tait asociaba á este medio en los últimos tiempos la aplicación del anillo de caucho sobre el contorno del cuello, á fin de ejercer una presión elástica que llegara á distender las bridas ó adherencias que pudiesen existir en el conducto peritoneal de la inversión, impidiendo ó dificultando la acción de las copas sobre el fondo uterino.

Provisto del aparato, aunque sin el anillo complementario, procedí á su aplicación en la mañana del domingo 18 de febrero de 1894. Después de una desinfección completa del aparato genital, como para toda intervención quirúrgica, coloqué la primera copa, ó sea la mayor, sujetando el cordón de goma en dos corchetes altos de las tiras anterior y posterior del cinturón, procurando que aquél estuviera en una tensión moderada. Aquella tarde, la matriz empezaba á reducirse de modo muy visible, y sacando la copa número 1 ó mayor, coloqué la número 2, que dejé aplicada hasta el medio día del lunes, á cuya hora apliqué la tercera ó más pequeña. En la mañana del martes, al llegar á la casa, encontré á aquella familia poseída de la mayor alegría. Me indicó la enferma que el tallo había penetrado mucho y lo sentía muy alto; y con efecto, la matriz estaba totalmente reducida, á tal punto, que me fué difícil retirar el tallo, pues se hallaba aprisionado en el orificio interno por debajo de la copa. El éxito había confirmado la afirmación del autor del procedimiento, aunque en un tiempo algo mayor del que señala (treinta y seis horas para los casos más rebeldes), y quizá en el presente hubiera ocurrido lo mismo, de haberme sido posible vigilar más á menudo á la enferma, domiciliada en un extremo de Madrid. Después continué practicando lavados intrauterinos antisépticos para modificar el estado de la mucosa, recobrando el útero su normalidad, y reponiéndose por completo la enferma de las pérdidas sanguíneas sufridas durante ocho años.

Todos estos tratamientos contra la inversión crónica del útero, sin que el de Lawson Tait, sobre todo, pierda su indicación en los casos recientes, han cedido el puesto á una terapéutica quirúrgica moderna más positiva, iniciada por Küstner, de Breslau, y casi á la vez por Doyen, y modificada luego por Polk, Borelius, Kehrer y Duret.

Con ella he obtenido resultado completo en dos casos que voy á exponer,

y en lo sucesivo á la misma me propongo recurrir cuando el procedimiento de Lawson Tait sea ineficaz, en la seguridad de conseguir igual éxito».

Observación I. — Señora de García, de veintiocho años de edad, natural de Córdoba. Siempre bien reglada, tuvo dos partos, de los que en el último, ocurrido en febrero de 1902, ofreció dificultades el alumbramiento, viéndose obligado el Profesor que la asistía á practicar la extracción de la placenta, durante cuya maniobra se produjo una inversión completa de la matriz. Desde esta fecha no han cesado las hemorragias, alternando con un flujo sero sanguinolento abundante. Cuando la enferma me consultó en los primeros días del mes de abril, estaba muy extenuada, apenas podía moverse y se veía molestada por tenesmo vesical y rectal.

Diagnosticada la inversión completa del útero, de dos meses de fecha, y desechada la taxis gradual por las molestias que ocasionaba á la enferma, intenté el 8 del mismo mes la operación de Küstner. Sabido es que ésta se funda en la observación de que «si un cuerpo no puede pasar entero á través de una abertura, es fácil hacerlo pasar después de dividido en partes». Dicha operación consta de seis tiempos:

1.° Colpotomía posterior, que divide transversalmente el fondo de Douglas.

2.° Introducción, á través de esta abertura, del dedo índice en el cuello del útero invertido, penetrando en el infundíbulo peritoneal, donde se alojan parte de los ligamentos redondos y de los anchos, las trompas, y á veces los ovarios, con objeto de destruir las adherencias que pueden unir á estos órganos y aun las paredes uterinas entre sí.

3.° Levantando el fondo uterino con una pinza de garfios, se secciona con bisturí la pared posterior de la matriz sobre la línea media ó avascular hasta la cubierta peritoneal en una extensión que, empezando á dos centímetros del fondo, termine á dos centímetros del orificio externo cervical. Separación de la pinza.

4.° Reinversión del útero, fijando el cuello con el dedo índice introducido en el infundíbulo á través de la abertura de la colpotomía, á la vez que con el dedo pulgar de la misma mano se ejerce presión sobre el fondo uterino.

5.° Sutura profunda de la incisión practicada en la pared uterina, seguida de otra superficial ó seroserosa de la cubierta peritoneal.

6.° Sutura de la herida vagino-peritoneal ú oclusión del fondo de saco posterior.

La operada siguió un curso muy favorable, sin más incidentes que una colitis que la molestó unos días, volviendo á su casa á fines de abril curada de su inversión,

Durante los cinco primeros meses después de la operación dice que tuvo algún dolor y tirantez en la ingle derecha, de vez en cuando diarrea, y también retraso en sus menstruaciones. Luego ha seguido muy bien, y según carta de su marido fechada el 20 de junio de 1904, sus reglas son completamente normales, se ha nutrido, ha recobrado el color y el apetito, y su actividad es tal que anda sin cansarse dos ó tres horas diarias. Como no la he reconocido, ignoro si tiene su matriz en retroversión.

Observación II.—Isabel N., veinticinco años, casada, natural de Mérida. Tuvo la primera regla á los once años, siempre abundante. Tres partos

normales; el último, en 20 de marzo de 1902. Al verificarse el alumbramiento, la partera metió la mano en la vagina y tiró, según dice, de la placenta para extraerla. Desde entonces tiene hemorragia constante, que la ha debilitado extraordinariamente, presentando la enferma un color muy pálido. Ingresó en la clínica del Instituto Rubio el 20 de abril de 1903, con una inversión completa de la matriz, de trece meses de fecha.

Operación el 11 de mayo. Procedimiento de colpo-histerotomía posterior, modificación Duret, menos el desagüe vaginal, suturando la colpotomía. Alta por curación en 20 de junio. También esta operadada tuvo síntomas, aunque ligeros, de colitis. El útero quedó con tendencia á la retroversión. En 6 de noviembre último me escribe diciendo que se encuentra embarazada de dos meses, teniendo bastantes molestias, principalmente cefalalgias y dolores al vientre.

Es muy probable que la matriz no sólo se halle en retroversión, sino adherida por exudados organizados en el fondo peritoneal. Esto hace creer muy juiciosa la práctica del desagüe aconsejada por Duret, ya recomendada hace muchos años por Boileu en una memoria presentada al Congreso de Bruselas, como tiempo complementario de la *colpotomía posterior con destruccion de adherencias*, que este autor empleaba en la retroversión fija del útero.

Piensa hacer venir á esta enferma, á fin de vigilar su embarazo y, si llega á término, el acto del parto, aunque por parte de la sutura uterina no ocurrirá nada de particular, si hemos de juzar por las mujeres que después de haber sufrido una y hasta dos operaciones cesáreas han tenido la fortuna de resistir una tercera sin que las cicatrices anteriores hayan dado lugar á accidentes en todo el tiempo de la gestación.

Queda, pues, sentado que en los casos de inversión crónica del útero, cuando el procedimiento de taxis gradual por presión elástica de Lawson Tait ó el de los tapones de Hoffmeier no dan resultado, tenemos en la operación de Küstner, modificada por Duret, el medio seguro de corregirla; y si bien la prudencia aconseja ensayar antes aquéllos, sobre todo cuando la inversión es reciente, no se debe perder mucho tiempo en su ensayo.

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 16 de Mayo de 1905.

Investigaciones microbiológicas acerca de la sífilis.—Los Dres. METCHNIKOFF y ROUX: Prosiguiendo nuestros estudios acerca de la sífilis, hemos examinado al microscopio productos sifilíticos. Después de haber empleado mu-

cho tiempo y mucho trabajo para descubrir el agente etiológico de la sífilis, sólo se había llegado á resultados negativos ó á afirmaciones inexactas. A primeros del corriente año, un zoólogo alemán, Siegel, presentó una comunicación á este propósito que produjo una gran sensación, sobre todo en Alemania; descubrió en la sangre y en los exudados de los sifilíticos un protozoario minúsculo, que coloreó por medio de una mezcla de colores de anilina (azul y eosina), y al cual atribuye la producción de la sífilis. Aunque la descripción y las fotografías de Siegel no dejan ninguna duda acerca del poco fundamento de esta opinión, ésta ha sido, sin embargo, tenida en cuenta por las modernas investigaciones. Así, en la oficina sanitaria alemana de Berlín (Kaiserliches Gesundheitsaun), Schaudinn, que es una autoridad en todo lo concerniente á los protistas, se encargó de hacer esta investigación. En el primer caso de accidente primario en que examinó el líquido con la mezcla de azul y de eosina, llamó su atención un grupo bastante numeroso de espirilos débilmente coloreados y de aspecto particular. Schaudinn, que se ha ocupado mucho de los espirilos, comprendió desde luego el interés de este descubrimiento y se ha dedicado á estudiar estos microbios con mucha constancia después de asesorarse con la colaboración de Hoffmann para todo lo relativo al lado médico de la cuestión.

Después de muchísimo tiempo se comprobó al fin la presencia de los espirilos en las lesiones de los órganos genitales y sobre las mucosas en estado normal de estos órganos. Sólo á título de curiosidad histórica mencionaremos la opinión expuesta en 1837 por Donné, según el cual los espirilos deben ser considerados como la verdadera causa de la sífilis. Es verdad que con los medios de que se podía disponer en su época, Donné jamás pudo ver estos espirilos tan finos recientemente descritos por Schaudinn, pero muchos observadores los han encontrado sobre la mucosa de los órganos genitales. No citaré más que los casos de Alvarez y Tavel, que han encontrado espirilos en el esmegma; el de Bardal y Bataille, que han descubierto los mismos microbios en los productos de la balanopostitis erosiva. En estos últimos años, Rona, de Budapest, se ha ocupado mucho de los espirilos que ha encontrado en las lesiones gangrenosas de los órganos genitales, y entre estas observaciones, cita la presencia de espirilos en nueve casos de accidentes primarios sifilíticos del hombre, pero no los considera como agentes etiológicos de la sífilis, porque los encuentra en lesiones no sifilíticas y en el esmegma genital de los dos sexos.

Se podrá decir que los espirilos descubiertos por Schaudinn en el accidente primario no son los mismos que habían sido observados por sus predecesores. Desde el comienzo de sus investigaciones se fijó en esta cuestión, pero sus profundos conocimientos de los espirilos le sugirieron la idea de que en las mucosas de los órganos genitales se encuentran dos especies, que clasifica como del género spirochæte: una que se encuentra en los papilomas de los órganos genitales en la balanopostitis, y que puede encontrarse también en los productos sifilíticos y lo mismo en el esmegma normal, en tanto que la otra especie no se encuentra más que en la sífilis.

En su primera comunicación publicada con Hoffmann, Schaudinn no se explica de una manera precisa acerca de esto, pero en la segunda insiste acerca de la dualidad de los spirochætes genitales, admitiendo dos especies,

una que designa con el nombre de spirochætes refringentes y otra que denomina spirochæte pálida. La primera está caracterizada por sus dimensiones relativamente grandes, por la forma de los espiros, que recuerdan la de las ondas, y por la facilidad con que este microbio se colorea por las materias colorantes ordinarias. La spirochæte pálida se distingue por su pequeñez, por su forma de tirabuzón y por la dificultad de colorearla, puesto que exige el empleo de materias colorantes especiales, como la solución de azul de lapizlázuli y de eosina de Giemsa.

Quizás algunos observadores de los que hemos citado han visto esta segunda especie espiriliana, pero no en todos los casos se ha reconocido su especificidad, y sus descripciones no dejan ninguna duda respecto á que no se refieren al spirochæte refringente. Todos hablan, en efecto, de la facilidad de colorear estos espirilos y de sus dimensiones. Rouva da una figura de espirilos encontrados en un caso de estomatitis ulcerosa mercurial, que es suficiente para establecer su identidad con el spirochæte refringens de Schaudinn.

Nosotros no conocemos más que un solo caso en que se ha visto el spirochæte pálida antes que Schaudinn, y se trata de una observación inédita. Hará próximamente tres años que los Dres. Bordet y Gengou, de Bruselas, emprendieron investigaciones acerca del microbio de la sífilis, valiéndose de procedimientos perfeccionados. Al principio colorearon los productos sifilíticos con azul de metileno fenicado de Kühne y los trataron en seguida con violeta de genciana fenicada de Nicolle, y gracias á este procedimiento han encontrado en un chancro un gran número de espirilos muy delgados, retorcidos en forma de tirabuzón y á duras penas coloreados. Además, estos espirilos se encontraron en estado de pureza, es decir, sin mezcla con ningún otro microbio. Como era natural, Bordet y Gengou se entusiasmaron por esta comprobación, y se dedicaron á investigar el espirilo en otros casos de sífilis, pero no pudieron encontrar este microbio en otros cinco casos de accidentes primarios sino en los ganglios linfáticos de las ingles, pero no en la piel ni en la sangre, por lo cual se desanimaron y no prosiguieron sus investigaciones. Sólo en una placa mucosa de la garganta volvieron á encontrar el mismo espirilo, pero como la garganta, aun en estado normal, contiene espirilos muy semejantes, no se han atrevido á dar ninguna importancia á su observación. Hace algunos días Bordet nos envió una de sus antiguas preparaciones, en la cual he podido, aunque con trabajo, reconocer el espirilo absolutamente igual al spirochæte pálida.

Después de nuestros primeros resultados sobre la sífilis de los chimpancés, el Dr. Bordet nos contó la historia de su tentativa, lo que nos hizo buscar los espirilos en los productos sifilíticos de estos antropoides. Prevenidos de las grandes dificultades que habíamos de encontrar en el camino, hemos concentrado nuestra atención sobre todo en el contenido de las pequeñas vesículas herpetiformes, por las que debuta algunas veces la sífilis, pues pensábamos que en su líquido el microbio debía encontrarse en abundancia y podría verse en estado vivo, del mismo modo que en la sangre de los individuos afectados de fiebre recurrente; pero la observación nos demostró que las gotas de este líquido son como lagos muertos, puesto que nosotros no pudimos distinguir el menor movimiento en las

partículas minúsculas que en aquél estaban suspendidas en abundancia. La adición de rojo neutro, que hace tan fácil la observación de otros espirilos, no nos dió ningún resultado, como tampoco la investigación de preparaciones coloreadas por diversos métodos capaces de revelar la presencia de los espirilos. Estos resultados negativos no nos permitieron admitir á los espirilos como agentes específicos de la sífilis, como nosotros los habíamos mencionado en nuestra tercera Memoria de los *Anales del Instituto Pasteur*; pero son tan hermosas las investigaciones inauguradas por Schaudinn, que nos hemos animado á examinar de nuevo los productos sifilíticos de los monos, haciéndonos modificar nuestra opinión.

Después de haber encontrado en su primer caso de sífilis un gran número de spirochætes pálidas coloreables por la mezcla de Giemsa, Schaudinn ha estudiado otros, y aunque en su segundo caso (placas mucosas del gran labio) no encontró más que pocos espirilos, en otro ejemplo semejante, examinado el día siguiente, comprobó de nuevo la presencia de numerosos espirilos pálidos. Hasta el presente, Schaudinn y sus colaboradores Hoffmann, Gouder y Neufeld, han estudiado 26 casos de accidentes primarios y de placas mucosas de los órganos genitales, y (después de la última carta de Schaudinn) han «encontrado siempre los spirochætes pálidos, aunque por lo común en muy pequeña cantidad». Muchas veces son tan delgados y pálidos, que cuesta mucho trabajo distinguirlos, y algunas veces es preciso emplear cuatro preparaciones antes de encontrar un solo spirochæte

La presencia de este microbio ha podido comprobarse, no solamente en el jugo de las lesiones sifilíticas de los órganos genitales, sino también en la capa profunda de los chancros y de las placas mucosas, como también en ocho ganglios inguinales de sifilíticos del período primario y secundario. Mientras que Sigel, á pesar de la falta de pruebas reales de su *Cytorhyctes luis*, no titubea en proclamar al microbio como el agente etiológico de la sífilis, Schaudinn y Hoffmann, á pesar de la gran importancia de su descubrimiento, se muestran muy reservados en sus conclusiones, tanto que terminan su última nota por la frase siguiente: «Aunque nosotros hemos encontrado regularmente en ocho casos suficientemente estudiados de jugo de ganglios de las ingles de sifilíticos el spirochæte pálido, que parece ser diferente de todas las especies conocidas, nosotros estamos, sin embargo, lejos de pronunciar una afirmación categórica acerca de su origen etiológico. Del mismo modo que en nuestra primera relación nos contentamos únicamente con comunicar el resultado de nuestros trabajos, remitiendo la solución de esta importante cuestión á las investigaciones ulteriores».

No teniendo antropoides á su disposición y pensando que las investigaciones microbiológicas practicadas en los monos pueden hacer avanzar la cuestión, el Dr. Schaudinn nos envió algunas de sus preparaciones y nos comunicó los detalles de su método antes de su primera comunicación, lo que le agradecemos vivamente.

A pesar de la gran importancia de los hechos establecidos por Schaudinn y sus colaboradores, se puede preguntar si la presencia tan inconstante de espirilos pálidos en los accidentes sifilíticos de las mucosas, tan accesibles á toda suerte de microbios, puede constituir una prueba suficiente de su origen etiológico. Lo mismo la comprobación de estos spirochætes en las

capas profundas de lesiones sifilíticas de los órganos genitales, como en los ganglios de las ingles, no pueden todavía convencer. Es, en efecto, muy natural que los microbios tan movibles se extiendan más allá del punto de su primera aparición. Se argüirá que el bacilo de Lutsgarten ha sido también encontrado en la profundidad del tejido sifilítico, y sin embargo, nadie le ha reconocido origen etiológico en la sífilis. La imposibilidad de encontrar el spirochæte pálido en la sangre de los sifilíticos, tanto como en los frotes de dos accidentes primarios de macacos que le había enviado el Dr. Kraus, de Viena, debieron contribuir á aumentar el deseo de Schaudinn de obtener lo antes posible indicios en los monos antropoides.

Schaudinn puso á Kraus al corriente de sus investigaciones y le encargó remitirnos las preparaciones. Gracias á él hemos llegado al descubrimiento del spirochæte en la sífilis. Nosotros, pues, rogamos al hábil bacteriólogo de Viena que nos ayudara en nuestros primeros ensayos. Abordamos el estudio de los frotes de los accidentes primarios de dos chimpancés, uno de los cuales, tratado con un suero, está en vías de curación completa, mientras que el otro tenía un chancro de la verga de cuarenta y seis días de fecha, es decir, en plena evolución. Ahora bien, á pesar del empleo del método de coloración indicado por Schaudinn, no hemos encontrado espirilos, como tampoco el mismo Schaudinn los había encontrado sobre las preparaciones de macacos de Kraus.

El primer resultado positivo lo obtuvimos en un *macacus cynomolgus*, que presentaba un accidente primario típico en la arcada superciliar. Esta lesión, recubierta de una costra aplanada, dejaba escapar una serosidad rosada, en la cual encontramos, veinticinco días después del comienzo del accidente, espirilos bastante numerosos. Por el contrario, en otro individuo de la misma especie, inoculado de la misma manera y por el mismo virus que el primero, no pudimos comprobar la presencia de ningún espírilo. Este hecho puede sumarse á tantos otros que demuestran la gran variabilidad en el número de spirochætes en las lesiones sifilíticas.

En estas condiciones nos ha sido muy útil observar las cosas desde el comienzo de la aparición del accidente primario. Entre los numerosos monos, antropoides y otros, inoculados con virus sifilítico, se halla un macaco que ha presentado, á los veintinueve días después de la inoculación, en la arcada superciliar, una pequeña mancha oval que apenas se diferencia del tejido sano. Sólo desde los dos días siguientes esta mancha acusa los caracteres típicos de un accidente primario: rodeado de una zona rojizo-obscura, estaba cubierta en su parte central de una delgada costra. En los frotes de esta lesión reciente encontramos spirochætes pálidos característicos y muy numerosos; pero mientras que estos microbios eran abundantes en una de las cinco láminas preparadas con el mismo material, en las cuatro restantes no pudimos encontrar ni uno solo; tan caprichosa es la repartición de estos espirilos en los productos sifilíticos. Sin embargo, hemos examinado la serosidad de un accidente primario reciente en un *cynocephalus sphinœ*, y á pesar de nuestra experiencia en las investigaciones de los espirilos pálidos, no hemos podido encontrar más que algunos muy raros ejemplares sobre la cuarta laminilla cuidadosamente examinada. Después de los hechos que acabamos de resumir, hemos hecho nuevas investigacio-

nes de spirochætes en los productos sifilíticos de los dos chimpancés anteriormente mencionados, habiendo encontrado, después de trabajos muy laboriosos, algunos spirochætes rarísimos sobre los frotes del chimpancé afectado de chancro de la verga. Sobre todo, de seis monos sifilíticos que estudiamos, hemos comprobado la presencia de los espirilos en cuatro casos: sobre un chimpancé, un papión y dos macacos. La ausencia de estos microbios en otro chimpancé no tiene nada de extraño en vista de que la lesión estaba en vías de plena curación. Sólo, pues, un macaco nos ha dado resultado negativo, y la repartición tan desigual y tan caprichosa de los espirilos es un hecho que puede explicarlo, y con más motivo si se tiene en cuenta el número insuficiente de exámenes que hemos podido hacer.

En nuestros cuatro exámenes positivos hechos sobre un chancro de la verga de un chimpancé y sobre tres accidentes primarios desarrollados sobre la piel de las arcadas superciliares (es decir, por fuera de las mucosas) de un papión y de macacos, la presencia de los espirilos pálidos es muy característica en estas condiciones, puesto que no hay que pensar en los espirilos de las mucosas. Por otra parte, es imposible negar la naturaleza sifilítica de las lesiones de los macacos y papiones. El mismo Neisser, después de haber sostenido durante mucho tiempo la imposibilidad de obtener accidentes primarios en estos monos inferiores, ha venido á ser de nuestra opinión, según una publicación que acaba de aparecer. Si por un lado la gran semejanza de las lesiones experimentales de los monos con las de la sífilis humana no pueden ponerse en duda, por otro lado la identidad de los spirochætes encontrados en los dos casos es también cierta. Schaudinn, á quien enviamos una de nuestras preparaciones conteniendo los spirochætes de un macaco, ha reconocido también esta identidad. Las lesiones de la sífilis experimental obtenidas en los monos en distinto lugar que la mucosa de los órganos genitales, constituyen un argumento precioso en favor del origen etiológico de los spirochætes en esta enfermedad.

Después de haber hecho estas comprobaciones nos hemos dedicado á investigar los spirochætes en los raspados de las pápulas secundarias del hombre, desarrolladas sobre la piel y distantes del accidente primario de los órganos genitales. En cuatro casos, de seis examinados hasta el presente, hemos obtenido un resultado positivo. Algunas veces los spirochætes eran frecuentes y se encontraban solos, sin ningún otro microbio. El hecho de que hayamos encontrado los spirochætes, sobre todo en las pápulas más recientes, no cubiertas de costras, indica claramente que estos microbios no pueden ser considerados como productos procedentes del exterior, sino que son conducidos por la corriente sanguínea ó linfática. A pesar de que hemos podido comprobar los espirilos pálidos en ocho casos de sífilis (cuatro monos y cuatro hombres), sin contar algunos ejemplares de estos microbios en los chancros del pene, no los hemos encontrado todavía vivos, lo que prueba que en todos nuestros casos los spirochætes eran todavía muy débiles. En cuanto al método de coloración, nos hemos servido del de Giemsa, prolongado de dieciséis á veinte horas. Para obtener resultados en más breve plazo, hemos empleado el método de Marino, que consiste en la mezcla de azul de lapizlázuli en solución de alcohol metílico con una débil solución acuosa de eosina. Este procedimiento colorea los spirochæte páli-

dos menos que el de Giemsa, pero tiene la ventaja de ser menos largo, tanto que algunas veces hemos podido hacer el diagnóstico positivo en el espacio de un cuarto de hora. A pesar de la gran rareza de los spirochætes pálidos en muchos casos de sífilis, pensamos que la investigación de estos microbios podrá utilizarse para el diagnóstico. Así es que nosotros empleamos este método para diferenciar los accidentes sifilíticos secundarios en los chimpancés que padecen afecciones cutáneas diversas que se asemejan á las de la sífilis. En este supuesto nos hemos sostenido por el hecho de que no nos ha sido posible descubrir estos spirochætes en ningún caso de enfermedades cutáneas del hombre, tales como el psoriasis, la sarna y el acné.

Sería muy importante obtener cultivos del spirochæte pálido, pero la imposibilidad hasta el presente de cultivar un spirochæte muy semejante al de la sífilis, y que se encuentra en abundancia tanto en la fiebre recurrente como en la espirolosis de las aves, hace pensar que el problema aún no ha de resolverse en mucho tiempo. Mientras esperamos que se obtengan cultivos, nosotros continuaremos empleando, para preparar un suero antisifilítico, productos virulentos, como la sangre, los ganglios linfáticos y los líquidos de los accidentes primarios y secundarios. Ante la falta de cultivos puros, habrá que reunir un gran número de hechos antes de afirmar de un modo definitivo el papel etiológico del spirochæte pálido; pero todos los datos que acabamos de resumir abogan seriamente en favor de que la sífilis es una espirolosis crónica producida por el *spirochæte pálido* de Schaudinn. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 24 de Mayo de 1905.

Delirios post traumáticos. — El Dr. *Quénu* dijo que al lado de los delirios post traumáticos de origen infeccioso ó tóxico (yodoformo) debe reservarse un gran sitio á los delirios de origen alcohólico puro ó delirium tremens verdadero. No pasa, por decirlo así, un día sin observarle en las Clínicas de cirugía, en las que ingresan enfermos con padecimientos agudos.

La patogenia de este delirio es obscura. El Dr. Quénu cree que depende de fenómenos de auto-intoxicación, de una insuficiencia de los emunctorios—hígado y riñones—provocados repentinamente por el colapso nervioso consecutivo al traumatismo. Si esta patogenia es exacta, se comprende que haya necesidad de cambiar la indicación hasta ahora clásica del delirium tremens; es absurdo dar alcohol á estos enfermos, hacer que absorba una nueva dosis de veneno un organismo ya intoxicado profundamente; es preciso, por el contrario, hacer todo lo posible para la eliminación rápida del veneno.

Fundándose en estos datos, el Dr. Quénu emplea desde hace varios años en todos los casos de delirium tremens post traumáticos ó post operatorios las inyecciones subcutáneas de suero artificial, que producen una diuresis abundante, á favor de la cual se elimina el veneno.

La inyección de suero no es el único modo de tratamiento del ataque de delirium tremens; se han obtenido resultados excelentes con la digital (Trousseau, Vulpian), con los enemas y los baños fríos (Magnan, Letulle), con las inyecciones subcutáneas de pequeñas dosis de estricnina (7 á 8 miligramos) (Chauffard); estas últimas están indicadas al parecer — sin excluir las de suero — en el caso de debilidad cardíaca.

El Dr. *Bazy* dijo que el Dr. Fernet trata el delirium tremens por el sulfato de estricnina á dosis más elevadas sin haber tenido el menor contratiempo.

El Dr. *Broca* manifestó que suprime en sus alcohólicos delirantes el alcohol y que emplea con éxito el sulfato de estricnina en inyecciones hipodérmicas á la dosis de 3 miligramos por término medio.

Restauración rápida de las funciones á consecuencia de las suturas neurosas secundarias. — El Dr. *Chaput* refirió tres casos de suturas secundarias tardías de los nervios, que tienden á demostrar que, al contrario de la opinión generalmente admitida, la restauración funcional de los nervios puede, en estas condiciones, hacerse con una rapidez verdaderamente sorprendente.

En la primera observación se trata de una joven de diecisiete años, la que en julio de 1903 se cortó el nervio mediano; tuvo como consecuencia trastornos de la sensibilidad y panadizos analgésicos de los dedos índice y medio. En noviembre de 1903 el Dr. Monod suturó el mediano, con lo que mejoró bastante el estado de la enferma. Un año después tenía atrofiadas las falangetas del índice y del medio, cianosis de estos dedos y anestesia dolorosa de todo el territorio del mediano. El 15 de noviembre de 1904 el Dr. Chaput puso al descubierto este nervio, que presentaba un neuroma de 3 á 4 centímetros de longitud, resecó los 4 centímetros superiores y suturó los dos cabos con catgut. Al quinto día había desaparecido el color violáceo del dedo y la enferma sentía la picadura hecha con un alfiler. La curación es hoy completa y esta mujer puede trabajar.

La segunda observación es casi idéntica á la primera: herida antigua del mediano, anestesia, trastornos tróficos; sutura secundaria el 14 de mayo de 1897, seguida desde el día siguiente de hormigueo en los dedos. Al tercer día los dedos no estaban congestionados, pero sí sensibles. La curación persiste desde entonces.

El tercer caso es el referido en una de las últimas sesiones; se trata de una herida del nervio cubital, que data de catorce años, y que fué seguida de parálisis de los interóseos y de anestesia. El 4 de febrero del año actual el Dr. Chaput hizo una sutura nerviosa del cabo inferior del nervio en un gancho del superior. Los resultados de esta intervención fueron satisfactorios.

Puede objetarse á las dos primeras observaciones que el descubrimiento de la sensibilidad expone á errores; sin embargo, la desaparición de los trastornos tróficos es un fenómeno visible é innegable. Respecto á la tercera observación, el restablecimiento de la movilidad no deja lugar á duda alguna, y prueba que la sutura neurosa secundaria permite el restablecimiento funcional con la misma rapidez que si se tratara de un tendón.

Es difícil admitir que la reparación del nervio degenerado pueda efectuarse con tanta rapidez, pero las investigaciones recientes de Bungner,

Ziegler, Ballana y Steward, Beer y Wilson y Durante, han probado que después de cierto tiempo del traumatismo las fibras neurosas se regeneran espontáneamente con su cilindro y su mielina ; es la regeneración segmentaria ó *in situ*, distinta por completo de la regeneración por granulación que ha descrito Ranvier. Se comprende que la confrontación de dos segmentos de nervios no degenerados ó regenerados les permita recobrar sus funciones.

Sean las que fueren las explicaciones teóricas, las observaciones del doctor Chaput demuestran, con muchas otras, que la sutura secundaria de los nervios procura el restablecimiento rápido de los movimientos y de la sensibilidad en el territorio de los neuros suturados.

Lipomas osteoperiósticos.—El Dr. *Schwartz* refirió cinco casos de tumores de este género, tumores raros porque sólo existen unas 60 observaciones en la literatura, y que se caracterizan por su adherencia íntima al esqueleto hasta el punto que es difícil no admitir su origen perióstico.

En los cinco casos observados y operados por el Dr. Schwartz, dos veces el lipoma ocupaba el muslo y se insertaba en la zona del cartílago de conjugación del femur. En un caso se había desarrollado debajo de los músculos pectorales y procedía de la clavícula ; en otro ocupaba la región palmar de la mano y se insertaba en el segundo metacarpiano ; finalmente, en el último caso se trataba de un lipoma óseo inserto en la apófisis espinosa de una vértebra dorsal.

Respecto á la patogenia de estos tumores, llamó el Dr. Schwartz la atención acerca de su desarrollo casi constante en las regiones osteógenas de los huesos, lo que hace suponer que reconocen probablemente por origen una lesión irritativa de la zona osteógena : esta hipótesis es confirmada por la existencia frecuente, en el punto de implantación del lipoma en el hueso, de exóstosis pequeños ó de hiperostosis. La irritación del periostio en contacto con esta clase de espinas se revela por la formación más ó menos abundante de tejido grasoso.

Sea lo que fuere, estos tumores constituyen formaciones benignas, cuya extirpación suele ser fácil. Conviene, sin embargo, saber que muchas veces, sobre todo cuando se trata de tumores voluminosos y antiguos, con deformaciones óseas, á veces acentuadas, resultan deformaciones de origen mecánico cuya corrección puede exigir una nueva operación.

El Dr. *Reclus* dijo que había observado y operado un lipoma de este género que ocupaba la región del hombro y se había desarrollado á expensas de la clavícula, de la espina del omoplato y de los planos aponeuróticos de la región. La extirpación fué dificilísima á causa de las adherencias del tumor y de las prolongaciones múltiples que enviaba á los intersticios musculares.

Apendicitis crónica desconocida. — El Dr. *Richelot* refirió, en nombre del Dr. Rouville (de Montpellier), la observación de una enferma que padecía apendicitis crónica, diagnosticada durante tres años de salpingitis, peritonitis bacilar, etc., y á la que se practicó varias intervenciones, sin que se lograra descubrir, ó mejor dicho, sin que se pensara en averiguar el verdadero origen de la enfermedad. Sólo recordando el principio brusco de la enfermedad, los síntomas idénticos por completo á los de un ataque de

apendicitis, los trastornos dispépsicos y los signos de enterocolitis que presentó constantemente después esta enferma, se pensó en la apendicitis. Se practicó una nueva laparotomía, que permitió, en efecto, comprobar la existencia de un apéndice afectado de inflamación crónica. Su ablación fué seguida de la curación rápida.

Resección de la vena safena en las úlceras varicosas de la pierna. — El doctor *Richelot* leyó un informe acerca de cuatro observaciones dirigidas á la Sociedad por el Dr. Soulié (de Argel), referentes á extensas úlceras varicosas de la pierna tratadas y curadas por la resección de segmentos de la vena safena. La curación persiste desde hace año y medio y es de creer que sea definitiva.

El Dr. *Terrier* dijo que las resecciones incompletas son siempre insuficientes, y que es preferible la extirpación completa de una vena safena ó de las dos.—(*La Presse Médicale*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 7 de Junio de 1905.

Embarazo tubario repetido — El Dr. *Alban Doran* refirió el caso de una mujer que ingresó dos veces en el hospital con signos clínicos evidentes de gestación tubaria, primero en el lado derecho y doce meses después en el izquierdo. A causa del aumento de volumen, que fué acompañado de dolor y de hemorragia, el abdomen fué abierto y se extrajeron coágulos, las dos trompas y el ovario derecho. La enferma padecía tisis pulmonar, de la que murió trece meses después de la operación. El Dr. Doran plantea el problema de si ante la posibilidad de otro embarazo anormal, está justificado al operar un embarazo tubario extirpar la otra trompa, aunque esté sana. Refirió tres casos observados por él en los que la extirpación de una trompa á consecuencia de un embarazo tubario fué seguida de embarazo uterino normal.

El Dr. *Boxall* citó un caso de embarazo y parto normales ocurridos después de extirpar una trompa rota á causa de un embarazo tubario.

El Dr. *H. Spencer* dijo que había operado tres casos de embarazo tubario bilateral y otros dos en los que el embarazo tubario fué seguido de otro uterino.

El Dr. *Scharlieb* refirió un caso de embarazo ectópico con rotura de la bolsa ; operó en julio último á esta mujer, la cual se encuentra actualmente embarazada de cinco meses.

El Dr. *Sturmer* citó un caso en el que en el momento de la operación encontró la trompa opuesta enrojecida é inflamada, á pesar de lo cual no la extirpó. Un año después la enferma se presentó de nuevo con otro embarazo ectópico. En vista de este hecho, cree que lo mejor es extirpar las dos trompas en la primera operación.

El Dr. *Doran* dijo que en los casos de gestación ectópica se han observado todas las variaciones imaginables: embarazo repetido en el lado

opuesto, en el mismo lado, simultáneamente en la trompa derecha é izquierda, embarazo simultáneo tubario y uterino y, finalmente, embarazo en el muñón tubario. Los casos referidos durante la discusión prueban que el embarazo es frecuente después de extirpado un saco de gestación tubaria; de aquí que cuando se extirpa el saco no está indicado amputar la trompa opuesta.

Estructuras análogas al tiroides en los quistes ováricos. — El Dr. *R. Hamilton Bell* refirió dos casos de tejidos parecidos al tiroides encontrados en quistes ováricos. En ambos los quistes eran multiloculares y fueron extirpados por operación. El hecho puede explicarse por una de las causas siguientes: desarrollo metastásico de un carcinoma tiroideo primario; desarrollo secundario de una glándula tiroides normal ó de un bocio simple; un desarrollo de naturaleza ateromatosa; endotelioma; degeneración coloidea de un adenoma quístico ordinario del ovario. Se inclina á considerar la última explicación como la más probable.

El Dr. *Williamson* dijo que en muchos casos la semejanza con el tejido tiroides es consecuencia de la compresión ejercida por el contenido coloideo de los lobulillos sobre el epitelio columnar de un adenoma del ovario, pero cree también posible que la causa en muchos casos sea de origen ateromatoso.

Embarazo intersticial roto.—El Dr. *Russell Andrews* refirió un caso de embarazo en el cuerno izquierdo del útero, que terminó por la ruptura precoz. El útero fué extirpado por la amputación supravaginal. Planteó el problema de si puede conservarse el útero en casos de este género cuando la ruptura es precoz extirpando sólo el cuerno afectado y suturando las superficies cruentas.

Carcinoma primitivo de las trompas de Falopio.—El Dr. *Cullinworth* presentó las piezas patológicas extirpadas á una mujer de cuarenta y un años. Durante los dos años últimos tuvo molestias pelvianas continuas, deseos frecuentes de orinar y un flujo acuoso fétido, sanguinolento á veces, que fué en aumento. El diagnóstico era dudoso. La enferma permaneció un mes en cama, y como no se obtuvo mejoría alguna, se decidió practicar la operación. Al devolver un enema que se puso á la enferma antes de ser operada, expulsó gran cantidad de sangre, de color encendido; reconocida después de anestesiada, se descubrió una pequeña abertura fistulosa en el recto, á 10 centímetros del ano. Al abrir el abdomen, se encontraron las dos trompas afectadas de cáncer, la izquierda mucho más gruesa, pero el útero conservaba su volumen normal, y no se descubrió propagación de la enfermedad á otros órganos del abdomen. No había ascitis. Se creyó que la abertura fistulosa del intestino era suficiente para el desagüe. La enferma murió á las ochenta y cuatro horas de operada.

El Dr. *Doran* cree probable que el cáncer se hubiera desarrollado en este caso en una antigua hidrosalpingitis, como ocurre muchas veces.

(*British Med. Journal*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 24 de Mayo de 1905.

Los espirocetes de la sífilis.—El Dr. *Buschka* refiere el caso de un niño de diez semanas que padecía de sífilis congénita y que falleció á los pocos días de su ingreso con todos los síntomas de una septicemia general. En las preparaciones hechas raspando la superficie de sección del hígado y del bazo, encontró los espirocetes pálidos, pero en los cortes encontró también otras bacterias. La prueba de que los espirocetes no son tan sólo un hallazgo cadavérico, nos la da el hecho de que el autor los encontró también en las preparaciones que se hicieron con la sangre en vida del niño. Pero aun así, cabe en lo posible que los espirocetes tengan un origen séptico accidental ó bien que se trate de organismos que han penetrado secundariamente.

El Dr. *Frosch* refiere haber examinado tres veces el jugo procedente de ganglios inguinales sifilíticos en el Instituto de enfermedades infecciosas, y que en dos casos ha encontrado los espirocetes de Schaudinn.

El Dr. *Wechselmann* ha visto á menudo los espirocetes de Schaudinn en las lesiones primitivas y en las pápulas, y en cambio, no los ha encontrado nunca en la sangre del bazo ó al brotar la roseola, ni tampoco en el jugo de los ganglios; sin embargo, es posible que en estas investigaciones antiguas aún no se hubiesen podido ver y que se le hayan escapado á la observación.

Como quiera que tratándose de los espirocetes no caben los procedimientos de enriquecimiento y de cultivo, no queda otro camino para resolver esta cuestión que el de examinar un gran número de productos de individuos sifilíticos y no sifilíticos, á fin de precisar si los espirocetes se encuentran siempre en los primeros y faltan siempre en los segundos.

Las investigaciones de Schaudinn se refieren á alteraciones patológicas que radicaban en la región anogenital y á pápulas y lesiones primitivas de dicha región, que es muy rica en parásitos y con defectos en su superficie; en estas circunstancias, los espirocetes pueden ser parásitos accidentales ó secundarios. Por lo mismo el autor ha excindido una pápula seca del brazo de un sifilítico que estaba sometido á una cura de unciones y también ha encontrado en este caso espirocetes, si bien con ligeras alteraciones.

El Dr. *Loewenthal* ha visto los espirocetes en las células de una lesión primitiva. También ha comprobado, por medio del ultramicroscopio, que los filamentos largos están constituídos por varios individuos aislados y ha reconocido, además, la existencia de un núcleo. Después del tratamiento mercurial, en el caso del preopinante, los filamentos sólo presentaban de dos á cuatro ondulaciones.

El Dr. *Thesing* demuestra, por medio del aparato de proyecciones, la gran riqueza de microorganismos en la disolución colorante de Giemsa, contándose entre ellos variedades de espirocetes. Para hacer que desaparezcan todas esas cosas, se debe cocer y filtrar la disolución, con lo cual el líquido no pierde nada de su poder colorante, y esto no obstante, el mismo Schaudinn confiesa que con la disolución cocida no ha conseguido teñir sus espi-

rocetes. Hasta ahora no se ha aducido prueba alguna que demuestre que se trata de protozoos; el autor más bien cree que son hongos filamentosos. También carecemos hasta la fecha de base suficiente para atribuirles una significación etiológica determinada, mientras no se satisfaga el postulado de Koch, del cultivo y de la inoculación.

El Dr. *Reckzeh* dice que en seis casos de sífilis que se hallaban próximamente en la época del brote del exantema, examinó la sangre, y que en dos de ellos encontró elementos que considera como formas de involución de los espirocetes. Niega que dichos elementos pudieran existir previamente en la disolución colorante.

El Dr. *Plehn* refiere que en estos últimos años ha examinado un gran número de preparaciones hechas raspando la superficie de sección del hígado, del bazo y de la sangre de sujetos no sifilíticos, y aunque ha empleado en estos casos grandes aumentos, ha utilizado muchas veces el líquido de Giemsa y ha examinado sus preparaciones con la mayor escrupulosidad y exactitud, nunca ha visto nada que se pareciera á los espirocetes.

El Dr. *Gualterio Schulze* insiste en que no deben emplearse más que disoluciones colorantes cocidas, y que los espirocetes deben buscarse en los cortes.

El Dr. *Schaudinn* refuta las objeciones que se le han hecho y niega sobre todo que en la disolución colorante puedan existir espirocetes; en efecto, no se explicaría en ese caso, por qué habrían de encontrarse en preparaciones de sifilíticos y habrían de faltar en las de los sujetos no sifilíticos.

El Dr. *Hoffmann* insiste nuevamente en que tanto él como Schaudinn, no han querido entrar para nada en la cuestión etiológica, limitándose tan sólo á comunicar los hechos que han observado.

Anatomía patológica y vías de infección en la meningitis cerebro-espinal epidérmica. — El Dr. *Weitenhoeffer*, que ha sido comisionado por el Gobierno para estudiar la meningitis cerebro-espinal en la zona industrial de la alta Silesia, se propuso resolver los problemas siguientes: *a*) la puerta de entrada y el camino que sigue la infección para llegar á la cavidad craneana; *b*) las lesiones patológicas de las meninges; y *c*) las demás lesiones patológicas que se encuentran en otros órganos.

Ha hecho la autopsia de 26 casos, y en todos ellos ha venido siempre á encontrar las mismas lesiones. Cuando se va extirpando capa por capa la base del cráneo para llegar paulatinamente á la cavidad nasofaríngea, se encuentra en este sitio por de pronto una acumulación de moco vítreo; la tonsila faríngea aparece en estado de hinchazón aguda y de rubicundez, por más que no se puede decir si anteriormente no estaría también hinchada con carácter crónico; en el mismo estado se encuentra la pared posterior de la faringe; la tumefacción en este punto es vítrea y edematosa. También aparece hinchado y con un color rojomoreno muy obscuro el rodete tubario. Sólo en tres casos se encontraron lesiones patológicas en la porción anterior de las fosas nasales; por cierto que se trataba de niños que ya venían estando enfermos hacía algunos meses. La porción posterior de las fosas nasales estaba también interesada en los adultos; la mucosa nasal aparecía de color rojo azulado obscuro é hinchada, pero la secreción era escasa.

En un 70 por 100 de los casos se encontró una otitis media; en 10 casos, una inflamación de grado variable en el seno esfenoidal; en 7 casos, en la cueva de Higmoro, y sólo en un caso en las células etmoidales de un adulto.

Entre los casos autopsiados, los había en que la enfermedad no había durado más que algunas horas y otros, en cambio, ya tenían varios meses de duración. Siempre se vió que la parte más interesada era la región de la cavidad nasofaríngea; seguramente que también en esta región se encontrarán los agentes patógenos en los cuerpos linfáticos de la misma.

En los casos recientes que llevaban muy poco tiempo de enfermedad, se encontró interesada en el encéfalo la región de la hipófisis que corresponde á la silla turca. Por aquí había penetrado sin duda el germen patógeno hasta la cavidad craneana, probablemente con los vasos nutricios que por este punto pasan al esfenoides. Cabe también suponer que los gérmenes puedan penetrar desde el oído medio por los conductillos carotidotimpánicos; de todas suertes, no han penetrado por las células etmoideas.

En los casos en que la muerte había sobrevenido á las pocas horas de iniciada la enfermedad, no se encontró lesión alguna en las meninges, y sin embargo, la anamnesia clínica y las lesiones encontradas en las fauces demostraban que no podía tratarse de otra cosa que de un caso de meningitis cerebro-espinal. El comienzo de la enfermedad en la región de la hipófisis explica la aparición muy precoz del estrabismo.

Un hecho típico de la meningitis epidémica que contrasta con lo que se observa en la tuberculosa, es el de conservarse incólume en la primera la región de la fosa de Sylvio. El exudado puede extenderse por toda la superficie del cerebro (casquete verde); se coagula entonces en las mallas de la pía madre y sólo se conserva líquido en la proximidad de los vasos. La meningitis puede curar aun en estos casos en que adquiere tanta extensión; pero cuando tal sucede, los niños no se restablecen por completo, sino que cada vez se van demacrando más y más, hasta que al fin sucumben de extenuación y agotamiento.

Las lesiones que se encuentran en los demás órganos no difieren en nada de las que se observan en otras enfermedades infecciosas: tumor esplénico, nefritis, tumefacción turbia en el hígado y en el corazón:

A veces se ha encontrado una tumefacción de los ganglios cervicales y aun de los de otras regiones, especialmente los mesentéricos. Es chocante que en todos los niños el timo se haya encontrado de grandes dimensiones, y que hasta en individuos de dieciocho á cincuenta años se hubiese encontrado no pocas veces un timo persistente. Este hecho no es una pura casualidad, sino que más bien contribuye á ilustrar la predisposición. Preciso es admitir tal predisposición cuando se observa no raras veces que entre varios hermanos sólo es atacado uno de ellos. Dicha predisposición debe buscarse en la tumefacción de la amígdala faríngea, en el desarrollo hipertrófico del timo y en todo el estado linfático del niño.

Las lesiones encontradas en la faringe y el desarrollo especial de las mismas en la cavidad nasofaríngea, nos inducen á creer que la meningitis cerebro-espinal es una enfermedad que se adquiere por inhalación, explicándose así también la gran importancia que desempeñan las escuelas en la transmisión de la enfermedad. En la zona industrial de la alta Silesia el

catarro crónico de la faringe es un padecimiento frecuentísimo á causa del mucho humo que hay en dicha comarca; de aquí que los adultos escupan mucho y sobre todo, como es natural, en la casa. En cambio, los niños escupen rara vez. Por esta razón, la profiláxia de la enfermedad coincide en gran parte con la higiene de las viviendas.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*) — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Poción de Todd modificada. — El Dr. Grorichard ha modificado la poción de Todd haciéndola más agradable. Propone la fórmula siguiente:

Tintura de Canela		5 gramos.
Infusión de té de Ceilán	aa	75 —
Jarabe de limón		
Ron Jamáica		40 —

Recomienda esta poción cuando se desea obtener no sólo un efecto tónico, sino diurético. — (*Rep. de Pharmacie*, 10 marzo 1905). — F. TOLEDO.

Técnica de la cura tenífuga.—En concepto del Dr. J. Boas, ningún tenífugo puede competir en eficacia con el extracto de helecho macho. Se le han buscado, sin embargo, sucedáneos, á causa de los fracasos y de los síntomas tóxicos que se han observado con su empleo, pero la causa de tales percances radica no en el medicamento, sino en la manera de usarlo. En efecto, además de la bondad y fecha reciente de la preparación, tiene mucha importancia la técnica de su administración.

El autor cree que el ayuno la víspera de la cura y la previa evacuación intestinal, son por lo menos supérfluos. Más importancia que la cura preparatoria tiene la cura propiamente dicha. Es indudable que el medicamento debe tomarse en ayunas, pero respecto á la dosis cree el Dr. Boas que no se debe pasar nunca de cinco á ocho gramos en el adulto, y como conviene mucho que el medicamento actue de un modo íntimo y durante mucho tiempo sobre la tenia para asegurar la muerte de ésta, el purgante no se debe dar hasta pasadas lo menos seis horas de haber tomado el medicamento. Sólo después de este plazo es cuando podrá el enfermo ingerir líquidos ó alimentos sólidos. De este modo se evita la dilución y, por lo tanto, la disminución en la eficacia del tenífugo.

Como purgante es preferible un agua mineral. Adoptando el procedimiento del autor, se puede emplear el extracto de helecho macho á dosis menores que hasta aquí, se obtendrán con él mejores resultados y se evitarán con seguridad síntomas tóxicos.

(*Therapeutische Monatsheft*). — R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

DIFTERIA Y SUERO ANTIDIFTÉRICO

REFLEXIONES ACERCA DE UNA EPIDEMIA

POR

D. FERNANDO GÓMEZ MONTANÉ

Médico titular de Sariego (Asturias).

No es mi objeto repetir lo que tantas veces se ha consignado en libros y periódicos médicos, lo que continuamente realizamos en la práctica. Los síntomas de la difteria son tan conocidos y el manejo de su panacea, el suero, es tan corriente, que sería una vulgaridad aducir pruebas á su favor; tan es esto así, que el suero antidiftérico es á la difteria lo que la sangría antiguamente era á la pulmonía, y así como no se concebía que al declarar un médico que el paciente era pulmoníaco no sacara inmediatamente la lanceta, así tampoco hoy día no se concibe que al confirmarse la difteria no se presente á la vista del enfermo la jeringa de Roux.

Ahora bien, sabido es que tan terrible enfermedad es evitable por cuanto la inyección de suero da inmunidad al individuo, aunque no dura más que unas semanas; sabido es también que 10 centímetros cúbicos en el individuo fisiológico no produce fenómeno alguno apreciable, no modifica ni causa perturbación, si su enfermedad está mal diagnosticada, y ni influye en más ni en menos en su marcha (salvo excepciones que más adelante diré). Precisamente esta bondad es la que ha hecho dudar de la acción del suero. Apareció en la terapéutica bajo la titulación de una disolución de antitoxina diftérica neutralizadora de la toxina, sin otra acción, pero los hechos clínicos demuestran que ejerce una acción modificadora sobre

el bulbo raquídeo, y que sus efectos terapéuticos se extienden á otras enfermedades que no son difteria; efectos tan maravillosos como los que produce en la difteria, y lo que es más, rápidos y de acción perfectamente regulable.

Otra consideración referente á la difteria, que deseo consignar, es la importancia secundaria que en la práctica corriente tiene el contagio directo. De nada sirve la desinfección domiciliaria si la constitución médica reinante es á propósito para el desarrollo del bacilo de Lœfler. Esto no es decir que no se tenga desinfección ni que no se aisle el enfermo, nada de eso, el diftérico transmite su enfermedad, pero en la *inmensa mayoría de casos el contagio se propaga por otra vía que la del contagio*, aunque esté hasta la fecha desconocida.

Estos son los dos hechos que deseo lleguen á conocimiento de todos, para que no sólo lo comprueben en la práctica corriente, sino con el fin de completar los conocimientos que en embrión poseemos acerca de la acción de las toxinas y del contagio.

I

El invierno del año 1899 fué en Asturias como generalmente es, lluvioso y frío en demasía. Hubo una verdadera epidemia de difteria en el Concejo y en sus alrededores. De 40 casos sólo perdí 2; el uno por haber sido requerido por la familia tan sumamente tarde, que expiró á la hora de mi primera visita; el segundo por estar tan distante de mi domicilio que no pude prestarle la atención necesaria de un caso grave.

En dicha epidemia hubo de todo: casos con fiebre violentísima, ganglios infartados, disnea intensa, placas diftéricas en las fauces, etc., etc.; casos con tan solo una mancha grisácea en una amígdala; casos con simple afonía, en fin, de todos matices. En todos, absolutamente en todos, la inyección del suero antidiftérico adecuado reintegraba á los diftéricos á su completa salud.

Ocioso sería consignar aquí la historia clínica de cada caso, pero voy á exponer una sumamente instructiva.

En la primera decena del mes de diciembre del referido año, se presentó la difteria en casa del vecino de la aldea de Puelles, parroquia de Puelles, Concejo de Villaviciosa, Valerio García, el cual ni de oídas se había enterado de lo terrible y mortífera que es la difteria. Una mañana, el niño pequeño presentó un poco de disnea, á la cual no atribuyó importancia alguna por creer se trataba de una indisposición infantil; pero durante la noche la disnea aumentó, y

hacia el amanecer falleció el paciente, y—lo que era más alarmante—el otro niño que seguía en edad presentaba los mismos síntomas. Entonces, alarmadísimo, anduvo los ocho kilómetros distantes de mi domicilio y mè avisó, pero lo más pronto que pude personarme en su casa fué por la tarde, y me encontré con que el segundo niño presentaba una disnea intensa, 40° de temperatura y unos horribles infartos ganglionares en el cuello. Apliqué 20 cent. cúb. de suero, pero fueron inútiles, el niño falleció. Con el fin de evitar más desastres, el hijo de aquel desgraciado matrimonio que quedó indemne, fué trasladado á la aldea de San Román, distante unos tres kilómetros.

Este último niño fué mimado en extremo por sus parientes, jugaba con los demás de la aldea, y el día 15 de enero, á los cuarenta y cinco días de la aparición de la enfermedad en casa de su padre, presentó los síntomas de la difteria, que fueron yugulados inmediatamente.

No hubo otro caso de difteria en la aldea.

Hay que convenir que el bacilo do Lœfler, como otros saprofitos, viven habitualmente en el organismo humano, pululan por entre sus mucosas, en contacto del exterior, y sólo cuando hay predisposición individual es cuando se genera la enfermedad infecciosa. Pero hay también cierta predisposición, bien de familia, bien individual, que puede ser causa de multitud de contagios inexplicables. En este caso sacaron al niño de su esfera, le rodearon de cuidados, resguardándolo del frío y de la humedad, lo colocaron en un medio á que no estaba acostumbrado y que no hizo más que disminuir sus naturales resistencias: es exactamente lo mismo que el individuo que no hace por nada del mundo una transgresión higiénica, por ejemplo, comer á deshora, abrigarse el cuello, etc., y á cualquier descuido en cumplir la obligación que se impone, cae en una indigestión ó en una afección pulmonar ó traqueal.

Este hecho observado no puede atribuirse tampoco á una incubación prolongada, puesto que no se han comprobado mayores de cinco días, y no es propio de la difteria, sino, como lo demuestra el siguiente caso, lo mismo ocurre hasta con la viruela.

Durante el mes de marzo de 1903, un empleado de la Azucarera de Lieres, con residencia oficial en los pabellones de la Sociedad, marchó por quince días destinado al montaje de las calderas de la fábrica de cerveza el Aguila Negra, situada en Colloto (Oviedo). Cayó enfermo, é inmediatamente regresó á su domicilio, al lado de

su familia. En el pabellón donde residía habitaban tres empleados más, los cuales lo desalojaron inmediatamente, tomándose las más severas medidas de rigor, aislamiento del enfermo y de su familia en absoluto, lavados de la paredes y suelo con sublimado corrosivo al 1 por 4000, blanqueo posterior de todas las habitaciones, fumigaciones permanentes de azufre, vacunación y revacunación de los demás habitantes, y después de la terminación de la enfermedad se trasladó el paciente y su familia á la aldea. Estuvo completamente desocupado el pabellón por un mes, se volvió á desinfectar todo él de nuevo, se blanqueó otra vez y se volvieron á colocar los muebles, lavándolos y sometiendo toda la ropa blanca por tres veces en colada. En suma, el más escrupuloso higienista no hubiera podido pedir más. Pues bien, la señora de otro empleado, vacunada, y con una aprensión enorme, precisamente al día siguiente del ingreso en su domicilio, presentó los síntomas de una viruela atenuada, que no llegó á supurar, y que, casi casi, se podía confundir con el sarampión á primera vista. Se restableció en seguida, y no se presentó ningún caso por los alrededores.

La topografía misma del territorio asturiano no permite el contagio; caseríos y aldeas distantes entre sí, por lo menos un kilómetro, casas perfectamente aislables, no permiten admitir el contagio como causa de transmisibilidad. ¿Cómo admitir ésta, existiendo casos de difteria bien confirmada, y que aparecen el mismo día en aldeas separadas entre sí muchos kilómetros? ¿Cómo admitir el contagio en el caso anteriormente consignado, en que la aparición de la difteria en San Román no fué seguida de ningún otro caso? Y en la fiebre tifoidea, ¿no he asistido casos perfectamente diagnosticados, no sólo por mí, sino por otros compañeros en consulta, y no ha habido propagación á otros individuos de la misma familia?

No es esto decir que la higiene y desinfección estén demás; afirmar esto sería una heregía. Claro que el exudado diftérico transmite la enfermedad, ocurriendo que si en el sujeto sano está equilibrado, venga la infección. El individuo normal, constantemente está en lucha: de un lado los microbios, de otro sus células; la batalla se da constantemente, y claro está que la infección viene: ó porque un agente, un ejército bacilar viene á reforzar el existente, ó porque la resistencia individual se disminuye. Este último factor, hasta ahora estaba obscurecido, por cuanto si la resistencia se disminuía al igual para todos los saprofitos, sufriría una pulmonía, una difteria, una estreptococia al mismo tiempo, cosa que todavía no se ha visto nin-

gún caso. El citodiagnóstico casi lo ha demostrado al descubrir que cada grupo de células micrófagas tiene predisposición para un determinado microbio. Ha demostrado que un individuo se convierte en tuberculoso cuando las células encargadas de combatir al microbio están en depresión funcional.

Más que la desinfección externa estoy por afirmar que es más importante la preparación individual, el reforzamiento celular; y del mismo modo que un individuo es inmune naturalmente á la sífilis, así llegará día que se logre acorazar al individuo contra la infección. Un ataque de viruela causa inmunidad, por cuanto ocasiona la presencia en la sangre de las células encargadas de la destrucción del virus por mucho tiempo, abre, por decirlo así, los cuarteles donde están alojadas las tropas destinadas á combatirla, y al desaparecer la viruela deja las puertas de los cuarteles abiertas. Inútil de todo punto resulta un esmero en evitar el contagio. El tísico llegará á ser tísico, si está predispuesto á ello, lo mismo en un hospital infectado que completamente aislado. ¿Cómo se explica el hecho de aparecer hace dos años dos casos de viruela confirmada en un caserío completamente aislado en lo alto de una montaña, constándome que sus habitantes no tuvieron relación alguna con otros hombres, por lo menos cuatro meses antes de no existir otro caso por el valle, ni en muchos kilómetros á la redonda y no haberse conocido nunca la viruela en ese lugar? ¿Cómo se explica, pues, que un tísico muera rodeado de todos los suyos en contacto íntimo con él y que no se propague más que á los que están predispuestos, y algunas veces á un individuo que por casualidad fué á visitarle? ¿Cómo no atribuir, por último, más que todo, á la predisposición, el hecho que cotidianamente los médicos rurales observamos, hacer operaciones cuyos preliminares asépticos dejan mucho que desear, y curar la inmensa mayoría de las heridas quirúrgicas por primera intención, y en cambio, las diéresis en individuos urbanos caen en supuración á poco que se descuide el médico en la antisepsia?

Más que investigaciones de higiene extrínseca al individuo, se deben emprender las de higiene intrínseca; la desinfección, la inmunidad se debe hacer en el mismo individuo. Si bien es necesario que los *ingesta* y los *aplicata* estén esterilizados, más importante es que el individuo posea buenos ejércitos de combate que oponer á la irrupción micróbica. Falta mucho para llegar á este *desideratum*, pero, no obstante, ya se indican corrientes de observación en este sentido, y á ello se llegará en plazo no lejano.

II

Tan terrorífica es la difteria, que todo es poco para acabar con ella, y es lícito hacer todo lo que se pueda, y aun lo que no se pueda, por raro y absurdo que sea. Tener que declararse el médico impotente ante un niño que se ahoga, hace dudar de la ciencia. Por esto, desde entonces, y apoyado en los hechos de que el suero antidiftérico concede una inmunidad por lo menos de tres semanas, y que su inyección en caso de enfermedad no diftérica es inofensiva, hice correr el temor, y recomendé que me pasara aviso la familia al primer dolor de garganta, afonía que notara, ó cosa blanca que vieran en las fauces. Y tan educados, mejor dicho, tan impresionados quedaron los aldeanos con lo horrible de la enfermedad, que en los cuatro años siguientes no he vuelto á tener ningún caso de muerte y ni siquiera de difteria avanzada, por hacer las inyecciones dentro de las doce primeras horas de la aparición del primer síntoma.

Durante el mes de enero del 99 y el último de la epidemia referida anteriormente, tuve un caso que me hizo caer en un mar de confusiones.

Fermín Bastián, de ocho años de edad, anduvo apacentando ganado y sufrió una mojadura; cenó con apetito, y al irse á la cama, le acomete una tos ligera con un poco de afonía y algo, muy poca, disnea: fuí llamado, y á las once de la noche le inyecté 10 cent. cúb. de suero; horas después y sin hacer uso de ningún otro medicamento, se aclaró la voz, durmió bien, y al día siguiente volvió, como si no hubiera pasado nada, á sus habituales ocupaciones. No había ningún otro atacado en la aldea (Barbecho).

Aquello no podía haber sido difteria, más probablemente era una laringitis, y aquí las dudas: ¿cómo es que la simple inyección tan rápidamente le curó? Intrincado estaba en esto, cuando apareció en esta Revista, correspondiente al 25 de febrero de 1899, núm. 594, la referencia de los resultados que el Dr. D. Manuel Ruiz Casabó había obtenido al emplear el suero antidiftérico en el tratamiento del asma, y me propuse emplearlo á mejor oportunidad. En tres casos de asma apliqué el suero; no obtuve los resultados tan lisonjeros como el Dr. Casabó, pero obtuvieron alivio evidente, y lo más importante para mí, que mejor que ningún otro fármaco, disminuía rápidamente la disnea.

Deduje de esto que la antitoxina diftérica no cura ésta por neu-

tralización química, cura en virtud de su acción fisiológica de una manera análoga, aunque más enérgica que la acción de la heroina en el asma, y que al mismo tiempo que se verificaba una muerte *in situ* del microbio, se verificaba una depresión bulbar.

Desde entonces he venido haciendo algunos ensayos, aunque muy limitados, por luchar con muchas dificultades, pero que son bastantes para demostrar que merece la pena encauzar este tratamiento.

Joaquín Diego, de dos años, hacía unos cuantos días que se sentía indispuesto con tos y algo de reacción febril por las tardes; lo reconozco y noto estertores de grandes burbujas por ámbos pulmones, tos quintosa, disnea intensa, aleteo de las ventanas nasales y fiebre elevada. Inyecté 10 cent. cúb. de suero antidiftérico y remitió la disnea y la fiebre, pero casi nula; modificación de la exudación bronquial, no le doy ningún otro medicamento, y como noto á las veinticuatro horas tendencia á volver á los síntomas primitivos, nueva inyección de otros 10 cent. cúb. al día siguiente (tercero de observación); desaparición de la bronquitis, de la disnea y reintegración del apetito.

Salomé Lozano, de veinticinco años de edad. Lactando, se le presentó, después de un enfriamiento, un poco de disfagia, que no le impidió siquiera guardar cama; reconocida, rubicundez de la amígdala derecha y un puntito blanquecino en el centro de ella; le aplico 10 cent. cúb. y al día siguiente completamente buena. Ninguna alteración sufrió su hija. Diagnostico angina catarral.

Fernando Vidal, de dos años. Síntomas de bronconeumonía clásica, disnea la correspondiente á los 40 grados, nada de afonía y tan sólo simple hiperemia de las fauces; el segundo día de enfermedad 10 cent. cúb. fué lo bastante para que fueran disminuyendo paulatinamente los síntomas, y al cuarto día de estar en cama, completamente restablecido.

Rosa Cifuentes, de tres años, presentaba todos los síntomas de una bronquitis aguda, con tos, reacción febril, inapetencia, estreñimiento, estertores, etc., etc. Al noveno día la niña presentó la voz velada y algo de disnea; le aplico 10 cent. cúb. y todos los síntomas remiten por encanto, se aclara la voz, se cura el catarro, y sólo le queda un estreñimiento algo pertinaz, pero que al fin es dominado por un enema de glicerina.

Esta escasa riqueza clínica es insuficiente; tal vez se trate en estos casos de enfermedades curables, á pesar de cualquier tratamiento que se empleara, pero aunque esto sea cierto, el siguiente caso

demuestra evidentemente que tenemos que incluir el suero entre los medicamentos heróicos antiguos. Su efecto, por lo rápido y accesible, es magnífico, y aunque nada más fuera esta su acción, merecía la preferencia á ningún otro.

A las diez de la mañana del día 10 del corriente, un niño de tres años, en plena salud, que había estado alegre y juguetón toda la mañana, cae de pronto en una tristeza profunda, se aisla de sus compañeros y permanece en una seriedad impropia. Su padre, Jacinto Nozaleda no repara en este aspecto; á la hora de comer no lo hace como otros días y á las cinco de la tarde busca en dónde reclinar su cabeza atacado de disnea. Complicada con *huérfago*, insensible, amodorrado, pone en prevención á la madre, y con el fin de no perder tiempo me lo trae al obscurecer, y compruebo el tiro, la disnea é infartos ganglionares en el cuello, no me paro en reflexionar lo que fuera y le aplico 10 cent. cúb. de suero antidiftérico A las tres horas se va modificando la disnea, sale del sopor en que estaba, pide pan el niño, y como si no hubiera pasado nada, no presenta absolutamente ningún otro afecto, volviendo al día siguiente á comer y á estar alegre como antes.

Parece este caso maravilloso, pero es cierto; todo el mundo lo puede comprobar en su casa; no sé si tuvo ó no difteria; no me paré en reconocer el bacilo ni en hacer filigranas de laboratorio; el hecho fué que si á aquel niño no le hubiera inyectado el suero, hubiera fallecido, por cuanto la disnea hubiera ido en aumento y hubiera sido probable que se declarara impotente cualquiera otra medicación.

Reasumiendo, la acción terapéutica del suero antidiftérico, ó mejor, de la antitoxina diftérica, es la siguiente:

1.ª Ejercer una neutralización química del bacilo de Lœfler, deteniendo su desarrollo.

2.ª Es un antídoto fisiológico de la intoxicación diftérica.

3.ª Que su acción sobre el bulbo es deprimente, retardando los movimientos respiratorios, indicado, por lo tanto, en todas las afecciones que al bulbo afecten.

4.ª Que modifica en todo caso la mucosa faringotraqueal, haciéndola inapta para la proliferación del bacilo diftérico y sus similares.

5.ª Que es un medicamento completamente inofensivo, caso de no padecer el enfermo ninguna enfermedad en la que está indicado.

NOTAS CLINICAS

I. Eczema queratodérmico fisurario.— II. Quiluria de Filaria Brancofti en Europa.— III. Prolapso intestinal á través de un ano iliaco.— IV. Tetania.

I

El Dr. D. Antonio A. Ledo, nos remite el caso clínico siguiente:

El 9 de julio de 1902 concurre á mi consulta C. F., de cuarenta y un años, dedicada á las labores propias de su sexo, presentando en la cara palmar de la mano derecha, con predominio marcado en la región tenar, mesotenar y cara palmar de los dedos, un espesamiento de la capa córnea, constituyendo placas irregulares sin limitación precisa en sus contornos, y que de manera gradual, se veían confundirse con las partes sanas. Las escamas desprendidas, de una coloración amarillogrisáceo, eran gruesas, apreciándose objetivamente, fisuras y grietas que inquietaban á la enferma por los dolores que ellas determinaban, no aquejando prurito.

La enferma hacía remontar su afección á un período de diecinueve años, manifestando lavar mucho, y que el comienzo de ella se caracterizó por los signos propios de eczema seco, siendo inútil decir, que en el largo período de su enfermedad, ha puesto en juego todos cuantos tratamientos le han sido propuestos.

En la fecha de su ingreso la dispuse maniluvios con agua muy caliente, limado con la piedra pómez de las producciones córneas más espesas y aplicación de la vaselina yódica, conservando su acción en todo momento, protegiendo la mano con un guante y supresión completa del lavado de ropa.

En 12 de septiembre del mismo año (casi en dos meses), la erupción se había dominado por completo, recobrando la piel su laxitud y flexibilidad normal, pero atento al carácter transitorio que la curación de estas queratosis tienen, me esforcé en recomendarla hiciera uso del mismo tratamiento á la más pequeña aparición de nuevo brote; así lo hizo, en efecto, en abril del año siguiente, consiguiendo á los pocos días verse libre del mismo hasta la fecha, después de transcurridos dos años en que me ha facilitado verla.

El examen de este caso clínico, envuelve dos enseñanzas: en primer término, la importancia que debe darse á las irritaciones qui-

micas y mecánicas á que esta enferma se vió sometida por la acción continuada del jabón empleado para el lavado de sus ropas, factor que indudablemente sostenía y agravaba el proceso hiperqueratósico, y en segundo término, la necesidad y utilidad de poner en práctica un tratamiento conveniente, pues á decir de la enferma, en tiempo tan largo no había obtenido ni ligera mejoría.

II

El Dr. Correa de Portugal Aragao, nos ha remitido la nota siguiente:

En la Revista que se publicó en Madrid y que llevaba por título *Archivos Latinos de Medicina y de Biología*, y en el número correspondiente á diciembre de 1903, publicó el erudito Dr. Solieri un caso de *Chiluria de Filaria Brancofti en Europa*, observado en su Clínica en un enfermo que procedía de Gibraltar; como yo fué consultado sobre el mismo asunto, y conseguí curar al enfermo; y considerando también que el reputado profesor Solieri me alude en su comunicación, creo conveniente indicar lo que observé en el mismo paciente: era un joven estudiante de teología, Horacio Caetaño, nacido en Gibraltar. En 1903 marchó á Italia á fin de continuar en el Seminario de Siena su carrera; encontrándose en este Seminario enfermó, sin poder alcanzar mejoría en su salud, se decidió á volver á Gibraltar para atender á su curación y ser asistido por su familia.

El 11 de agosto se presentó en mi Clínica, y por los datos que me expuso, por el análisis de su orina y por sus antecedentes, me convencí que lo que padecía era una *lesión de secreción urinaria*, á juzgar por las alteraciones manifiestas de la orina, que aparecía mezclada con grasa y algunos pelos.

Las alteraciones que la composición de la orina puede experimentar, son varias:

1.ª *Alteración ligera*; se refiere á la proporción de los principios que normalmente constituyen la orina.

2.ª *Nuevos elementos*; mezcla con la orina de elementos que existen en la sangre.

3.ª *Elementos anormales* que no existen en la sangre.

Por consiguiente, puede aumentar ó disminuir la cantidad de agua, de urea y de ácido úrico, y por eso mismo se encontrará en la orina albúmina, fibrina, materia colorante de la sangre, bilis, ácido úrico, ácido oxálico, ácido prúsico, óxidos, materia colorante negra ó azul, materia azucarada y pelos.

Las causas de estas alteraciones deben buscarse en los riñones, y fuera de estos órganos, en las condiciones morbosas de inervación, de hematosis y desasimilación, en las cualidades atmosféricas, en el mundo exterior, en los alimentos, en las bebidas y en los vicios.

La que está en armonía con la objetiva de nuestro asunto, es la que se denomina *cálculos nefríticos*, que se encuentran en la substancia de los riñones, sea en el cáliz ó en la base, y que ocasiona las nefritis subagudas ó crónicas; después de algún tiempo, estos cálculos se introducen en los uréteres, y al atravesarlos en dirección á la vejiga, producen un dolor más ó menos fuerte, y á veces una supresión de orina cuando los dos riñones están afectados, siendo, por consiguiente, la enfermedad llamada *arenillas urinarias*, que es una dolencia caracterizada por la presencia en la orina de pequeños granos rojos, pardos ó blancos, y de pequeños cálculos, cuya composición química determina la acumulación de muchas especies, y entre otras, encontraremos, aunque en casos raros, algunas sales depositadas por la orina y mezcladas con pelos.

En algunos casos, los pelos están cubiertos por las materias salinas; en otros, las concreciones se hallan adheridas en la superficie, y en otros, cada pelo se halla colocado en el centro de muchas de las concreciones. Y según mis observaciones, era esto lo que sufría el paciente Horacio Caetaño.

Las dificultades de la excreción urinaria con la secreción grasienta y pilosa, nos da el más importante síntoma de los *cálculos nefríticos*, enfermedad que sufría el paciente, y esto no mencionando las sensaciones de cansancio y de peso en los riñones, que notaba el enfermo.

Las *causas* principales de este padecimiento son:

1.ª El abuso de los alimentos azoados.

2.ª El exceso del onanismo.

3.ª La insuficiencia de las combustiones, debida á la falta de ejercicio.

Y 4.ª La dificultad existente en los alimentos para que puedan alcanzar el término normal de oxidación.

Hay que tener en cuenta que la vida sedentaria de este individuo produce todas las malas consecuencias del sedentarismo y al mismo tiempo que el misticismo de la educación engendra una tendencia irresistible para el sensualismo, cuya consecuencia inmediata es el onanismo, acto normal y preferible de los jóvenes y de los que se ven separados del mundo, sea en un seminario, monasterio ó en la cárcel.

De conformidad con lo que había observado y con lo que expongo, empleé los carbonatos alcalinos y los salicilatos, etc., con lo que se curó por completo el enfermo á los cuarenta y cinco días de tratamiento.

III

El Dr. T. Aparicio Arjona, jefe de la sección de Medicina y Cirugía del Hospital Civil de Bilbao, nos ha remitido el siguiente caso:

El 22 de noviembre de 1904 fuí requerido por una familia para prestar asistencia á una niña que había nacido de parto normal, y con peso de 4.500 gramos, el día 19 de dicho mes.

Como antecedente de familia puede anotarse únicamente, y sin que yo al menos vea relación alguna, una atrofia del hígado que padece el padre de la niña desde hace tres años.

Desde su nacimiento hasta el día en que fuí llamado, la niña no había expulsado por el ano otra cosa que un tapón mucoso como de 8 centímetros de longitud y grueso como el dedo pequeño de la mano; esta falta de expulsión del meconio tenía alarmada á la familia y motivaba mi asistencia.

Cuando pasé á reconocer á la niña la encontré dormida tranquilamente. Reconocida después, pude observar una ligera distensión del abdomen. El ano estaba normal, y una sonda olivar introducida en el recto llegaba á una altura de 8 centímetros próximamente.

Ni el tacto rectal ni la sonda consiguieron hacer salir cantidad alguna de meconio, aun cuando provocaron gran deseo y esfuerzos de defecación.

La idea que formamos del caso, una vez hecho el tacto rectal, era la siguiente:

Ano y parte infraperitoneal del recto en estado normal, pero á medida que el recto ascendía se iba estrechando en forma de embudo y terminaba en fondo de saco imperforado, no llegando á unirse á la S ilíaca, y si lo hacía sería por medio de un cordón más ó menos grueso.

Nada alarmante presentaba por el momento la niña y creímos prudente esperar, ordenando para tranquilizar á la familia, y por si la estrechez era franqueable, enemas boricados tres veces al día.

La enfermita tomaba el pecho y no había vómitos ni cólicos intestinales. Los enemas hicieron creer á la familia que la niña había expelido algunos gases; sin duda el aire que entraba al poner los enemas.

Convencido de que me encontraba frente al vicio de conformación ya dicho, esperaba el momento de intervenir; mas como la enfermita no presentaba síntomas alarmantes, ni la familia ni yo nos determinamos á la intervención que, como se desprendía del juicio diagnóstico, había de ser de extrema gravedad.

Llegó un momento en que era necesario decidirse. Habían pasado quince días; la niña perdía visiblemente; el vientre estaba tan distendido que se marcaban las asas intestinales á través de la pared abdominal; los vómitos habían aparecido con alguna frecuencia y de color amarillento algo sospechoso.

Era necesario operar, ¿pero cómo? En un principio pensé en la abertura del vientre, y una vez hecho esto buscar el intestino, y según la clase de anomalía obrar; esto es, si estrechez, extirpación y anastomosis intestinal, y si falta de unión entre los extremos intestinales, anastomosis también. El estado de la niña era inquietante y no autorizaba una intervención tan laboriosa como lo es la anastomosis intestinal, por cuya razón nos decidimos por la práctica del ano iliaco clásico, esto es, incisión paralela al arco de Falopio, mitad superior, disección capa por capa y sutura del asa intestinal al peritoneo parietal; abertura del intestino y sutura de los bordes de éste á la piel.

Todos los tiempos operatorios fueron ejecutados con grandes dificultades á causa de no haber cloroformizado á la niña.

El asa intestinal, abierta y suturada, correspondía al colon descendente.

Las consecuencias operatorias fueron las que nosotros esperábamos. La niña expelió gran cantidad de meconio, mamó algo y durmió tranquilamente.

Día 7 de diciembre. La niña mejoraba visiblemente; la herida abdominal se había infectado por el contacto constante con las heces fecales.

Día 10. Han saltado casi todos los puntos de sutura; no obstante, la unión intestinoperitoneal es sólida.

Día 11. Después de una noche intranquila se presenta un prolapso intestinal de 20 centímetros próximamente en forma de espiral de sacacorcho de cerca de dos vueltas; por el extremo ó punta de esta espiral sale materia fecal amarillenta y de regular consistencia.

Al intentar reducir esta gran parte de intestino prolapsado, la mucosa sangra con gran facilidad, haciendo por esto más deslizable y, por lo tanto, más difícil la maniobra de reducción. Esta fué en ex-

tremo laboriosa, tanto que se pensó en la resección; pero después de numerosas tentativas pudo conseguirse, no sin haber perdido una muy respetable cantidad de sangre.

Las dificultades de reducción eran debidas á las vueltas de espiral que afectaba el intestino prolapsado. Reducido el intestino, lavamos y aseptizamos la región en la medida posible, practicando después una sutura profunda de la piel, anchamente abierta por la caída de los puntos primitivos de sutura, y con lo cual procuramos oponernos á un nuevo prolapso.

Para ayudar y fortalecer la sutura hecha, mandamos construir una placa de zinc perforada en su centro, á fin de no oponer obstáculo á la evacuación de las materias fecales.

Después de las maniobras practicadas, las cuales naturalmente traumatizaron y debilitaron en no escasa medida, eran de esperar grandes trástornos; pues, como suele decirse, no ocurrió nada de particular; la niña tomó el pecho, durmió y no hubo ni dolor ni fiebre, vomitando una ó dos veces solamente en las doce primeras horas que subsiguieron á la intervención.

Día 14. Nada anormal al parecer; la niña toma el pecho, duerme, y las deposiciones son amarillentas, algo consistentes; sin embargo, parece existir un ligero decaimiento.

Día 17. Aun cuando nada se observa por parte de ningún sistema ó aparato, el aspecto de la enfermita es poco tranquilizador.

Día 21. De un modo gradual, sin trastorno aparente, sin fiebre, sin gritos, sin timpanismo, sin diarrea, sin nada ruidoso que particularmente fuera responsable de la muerte, fallece la niña en un estado de consunción grande, á los treinta y dos días de nacer y á los dieciséis de ser operada.

Esta consunción, este marasmo, ¿obedecerá, como afirma Delagerie, á la sola circunstancia del ano iliaco?

Como detalles salientes de este caso, encuentro:

1.° La relativa normalidad vital durante los quince primeros días de nacer.

2.° Las dificultades operatorias por la falta de anestesia general.

3.° El prolapso intestinal tan grande á través del ano iliaco, de cuyo accidente no tengo noticia, fuera del presente caso (1).

4.° De la ineficacia del ano iliaco, en cuanto á la conservación de la vida.

(1) Bouchut cita un caso, pero ni por las dimensiones ni por la forma de la procidencia se parece al actual.

¿Debe proscribirse la formación del ano ilíaco en los casos de ausencia del recto, imperforación, etc.?

IV

Nuestro suscritor D. Bernardo S. Elvira, médico de Valdanzo (Soria), nos remite la observación siguiente:

Se trataba de un enfermo de unos dieciocho á veinte años, diagnosticado de úlcera del estómago, y que ya llevaba algún tiempo en el hospital sometido á tratamiento (dieta láctea y alcalinos principalmente). Días antes de sufrir el ataque de tetania, habían empezado á hacerle lavados gástricos, y cuando dicho ataque se presentó, hacía algunos días que tenía una gran astricción de vientre y casi completa retención de orina.

Nuestro profesor el Dr. Simonena, nos explicaba la tetania que se presentó, atribuyéndola á substancias tóxicas que pudieran formarse en el estómago, pero nosotros únicamente veíamos claro que las convulsiones tónicas disminuían cuando por medio de la sonda se extraía bastante cantidad de orina, y que si se dejaba de practicar el sondaje un día, aquéllas volvían á aumentar, desapareciendo por completo, solamente cuando se descargó con frecuencia la vejiga de la orina y el recto, éste á fuerza de muchos enemas y purgantes.

Esto nos hizo sospechar la relación de causalidad que pudiera existir entre la tetania y la reabsorción de substancias tóxicas procedentes, no ya del estómago (que precisamente se hallaba en nuestro caso en mejor estado de limpieza que nunca por los lavados que se venían haciendo), sino de la orina y heces fecales, puesto que en todos los casos que he visto citados con detalle, existe la astricción y la retención de orina, y como pudiera encerrar esta observación alguna importancia, no quiero que pase desapercibida, por la utilidad que se pueda reportar á esa clase de enfermos, vigilando mucho las excreciones referidas.

BIBLIOGRAFIA

POR

DON LORENZO LEDESMA Y RIZO

Licenciado en Medicina y Cirugía.

I. GUIDE CHIRURGICAL DU PRACTICIEN POUR LES OPERATIONS JOURNALIERES AVANT, PENDANT Y APRÈS CHAQUE OPÉRATION, par le Dr. Ed. Laval. París, 1905.

II. L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE ET SON TRAITEMENT Á CHATEL-GUYON, par le Dr. F. Baraduc. París, 1905.

I

Es el Dr. Laval, un joven cirujano del ejército francés, que ha escrito ya varias y notables obras en colaboración con el ilustre profesor de Val-de-Gráce, Dr. Nimier; pero su último libro, que hoy damos á conocer, es sin duda el más importante por los grandes servicios que está llamado á prestar á la juventud médica. En efecto, la *Guía quirúrgica del Practicante* es una recopilación hecha de todas las operaciones más corrientes en la práctica diaria, y está escrito con gran método y claridad en la exposición. Precede á cada una de las operaciones que describe un resumen muy bien hecho de los caracteres, diagnóstico y pronóstico de la enfermedad que la motiva. Prescindiendo de todo género de discusiones, se circunscribe á lo absolutamente indispensable en cuanto á lo referente á patología externa, y dando á la parte operatoria toda la extensión necesaria, hace la descripción de cada una de modo magistral, tanto en lo que se refiere á los preparativos de la operación, como á la técnica de la misma, consecuencia, etc.

Ilustran la obra más de 400 magníficas figuras, que contribuyen á la mejor comprensión de cada una de las operaciones descritas, y seguramente que no tardaremos en dar cuenta de su segunda edición, pues el libro del Dr. Laval es de esos que adquieren gran popularidad.

II

No obstante las animadas discusiones sostenidas en las *Sociedades de Terapéutica, de Hidrología, de Biología*, etc., de París, y á pesar de las numerosas memorias y artículos publicados por Potain,

Legendre, Froussard, Lyon, Robin, etc., acerca de la *enterocolitis mucomembranosa*, ésta tan común enfermedad no nos es aún bien conocida, así es que habrá de ser bien recibida la reciente monografía que acerca de ella ha escrito el antiguo interno de los hospitales y hoy médico consultor en Châtel Guyon, Dr. F. Baraduc.

Este notable trabajo consta de dos partes: en la primera hace un completo estudio de dicha enfermedad, comprendiendo su definición, sus principales síntomas, su etiología y patogenia.

Considera á la enterocolitis mucomembranosa ante todo como una enfermedad funcional, intestinal, que reclama particularmente un tratamiento también intestinal, no pudiendo ser considerada ni tratada como un simple trastorno neuropático. Concluye por afirmar que en su forma habitual tan tenaz y rebelde á la terapéutica ordinaria, cualquiera que sea la importancia del tratamiento causal, necesita un tratamiento especial.

En la segunda parte ocúpase el autor de la influencia de las aguas de Châtel-Guyon en el tratamiento de la enterocolitis, concediéndolas mayor acción tomadas en bebida, pues á los baños, sin quitarles importancia, les concede un papel secundario, considerando que su acción intestinal reguladora, antiséptica y descongestionante, constituye la acción primordial, la verdadera especialización de tan renombrado establecimiento balneario.

Recomendamos la interesante monografía del inteligente médico consultor de Châtel Guyon.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 6 de Mayo de 1905.

Tratamiento de las roturas fibrilares musculares. — El Dr. *Decref* (académico correspondiente), lee una extensa nota acerca de este punto, considerándolo de gran importancia por relacionarse en la actualidad con la Ley de accidentes del trabajo. Dice que los músculos, órganos activos del aparato locomotor, están sujetos á traumatismos (contusiones, heridas, roturas subcutáneas y desgarros). Las violencias exteriores que obran directa-

mente sobre el músculo, son bastonazos, pisotones de caballos, paso de ruedas de coches y carros sobre el cuerpo, las balas cuya fuerza no fué suficiente para llegar á la piel y perforarla, varetazos á los toreros, pelotazos, etc. Existen también contusiones, roturas parciales y aún totales subcutáneas y desgarros producidos de dentro á fuera, ocasionadas por los fragmentos de una fractura ósea ó por los extremos articulares de un hueso, en una luxación, etc.

El Dr. Decref dice que entre las causas indirectas se encuentran todas aquellas roturas mayores ó menores y desgarros musculares producidos por contracción violenta, bien por brusco movimiento, bien por esfuerzo superior al que pudiera desarrollar fisiológicamente un músculo. Entra en detalles sobre las roturas fibrilares musculares con infiltración sanguínea caracterizadas por un vivo dolor en el músculo que se siente en el preciso momento en que la lesión se origina, no dándole importancia generalmente; pero si la molestia es mayor, además del dolor, se experimenta una sensación de ardor, imposibilidad funcional y estupor muscular y hasta parálisis ó paresias pasajeras. Al poco tiempo se presentan fenómenos de miositis y hasta la formación de un hematoma; empieza la piel á las veinticuatro horas por acusar manchas equimóticas que á los dos ó tres días ocupan una gran extensión.

Cuando el desgarro es tendinoso ó de fibras que se insertan muy cerca de los huesos y comprende trozos de periostio, se forman osteomas que ponen en peligro para el porvenir el uso de la articulación.

Se ocupa luego el Dr. Decref del pronóstico de estas lesiones que no puede darse á la ligera y recuerda lo que pasa á los pelotaris con la llamada vulgarmente *caída del brazo*, al ejecutar lo que ellos llaman *bolea de sobrebrazo*, que con el reposo nada sienten y se consideran curados, pero que al intentarlo vuelven los dolores y por haber descuidado el tratamiento apropiado han quedado imposibilitados en absoluto para el juego de pelota. Lo propio pasa á los obreros en un momento dado al hacer un esfuerzo superior á las condiciones del músculo que lo ejecuta.

Después expone el Dr. Decref el tratamiento por excelencia de estas lesiones y que consiste en el amasamiento húmedo ó sea con vapor, la aplicación hábil de vendajes y los movimientos pasivos y activos hecho todo con la debida oportunidad. Critica á esos amasadores que sin más título que el que ellos se atribuyen, resultan apaleadores públicos. Dice que en los Congresos de Medicina celebrados en Madrid (1898) y en París (1900) ha dado á conocer su método de amasamiento húmedo ó con vapor y que consiste en lo siguiente:

«La técnica operatoria de la manipulación debe ser siempre que se haga amasamiento, hacerlo suave, pues el secreto de las maravillas que con este medio de tratamiento se consiguen, consiste en activar la circulación de retorno y de la forma que generalmente se emplea, que es una forma brutal, no se sacarán nunca más resultados que martirizar á los enfermos, agravando extraordinariamente sus lesiones. Hay que hacer cundir la idea de que el amasamiento es uno de los medios más diplomáticos de la terapéutica y que no tiene nada de guerrero»; y después, hablando de la combinación del calor húmedo con el amasamiento, decía: «Exactamente

la misma acción del amasamiento sino que, así como en la acción del calor húmedo predomina la dilatación vascular, en el amasamiento predomina el aumento de velocidad y cantidad en la corriente, ajustándose perfectamente estas dos acciones para producir el máximum del efecto apetecido. Con aquél aumenta de diámetro el cuerpo de bomba; con éste aumenta la fuerza de impulsión del émbolo».

Otro de los medios más importantes de tratamiento, dice, es la posición del miembro; existe un tono muscular que no desaparece aun en el estado de reposo, y que este tono es mayor mientras más separados están los puntos extremos de inserción del músculo. Mientras más acerquemos dichas inserciones, más disminuiremos el tono muscular y la relajación sera mayor; y entre el efecto producido por este medio y el que antes se produjo con el amasamiento, se reduce la retracción fibrilar al mínimo, los extremos de las fibras rotas estarán más cercanos, los tejidos cicatriciales que han de constituir la unión serán mucho más pequeños y los elementos ajenos á la función del músculo mucho menores. Añade que un vendaje bien colocado, además de sostener la posición conveniente, ayuda la acción beneficiosa de la actividad circulatoria provocada por el amasamiento con una presión moderada, elástica y por igual en todo el miembro. Da importancia suma á la aplicación de los vendajes en debida forma, para cortar complicaciones, y termina recordando algunos otros medios físicos, como son la electricidad, la vibración, el agua y la mecánica, por el buen servicio que prestan en muchos casos de estos durante la convalecencia, ayudando á la restitución completa y definitiva de los miembros que fueron víctimas del accidente.

Cirugía gástrica.—El Dr. *San Martín* dice: Para juzgar del valor quirúrgico de la maniobra expuesta á la Academia, creo preciso examinar algunos procedimientos de la operatoria gástrica, para ver si esta idea de ejecutar la resección del estómago en dos tiempos obedece á una necesidad de fecha por decirlo así. Ahora oimos hablar de resecciones de estómago con gran naturalidad, pero veinte años atrás pensar en una intervención de esta clase, se tenía por una temeridad. Sólo se conocía entonces el procedimiento de Merrem, de Guisa, que había extirpado en 1810 el estómago á unos cuantos animales, habiendo logrado á lo sumo que uno de estos animales pudiera vivir 27 días, y este resultado le bastó, sin embargo, para augurar que con el tiempo podrían operarse algunos cancerosos del estómago. Fué necesario que por iniciativa de un médico de Filadelfia se hicieran varios experimentos en el perro para que se pudiera demostrar que cabía abandonar una sutura dentro del abdomen, porque es de advertir que el páso colosal de la cirugía del estómago es el relativo al tiempo de la sutura, pues que hasta entonces los esfuerzos se dirigían á quitar á la herida, para intervenir sobre su curso de sutura en ella practicada, bajo el supuesto de una curación de segunda intención. Fué necesario, de una parte, los trabajos á que antes he aludido de una operación de Billroth de una fístula gástrica practicada para la extracción de un cuerpo extraño, para que pensase que las heridas de estómago eran susceptibles de curación. Este fué el paso de más importancia en esta cirugía, pero faltaba otro que era el de la incongruencia de la sutura. Ya por entonces se había hecho una sutura

intestinal; nuestro Argumosa había hecho una sutura intestinal ideando una forma de sutura muy adecuada para el caso, pero se trataba de suturas de trayectos intestinales de igual calibre, pero no se había encontrado el cirujano en la necesidad de coser un intestino delgado con uno grueso, hasta que se dió este caso en la clínica de Billroth, el cual viendo que no la podía hacer con frunces cogió lo que llaman las costureras un cuchillo de un lado y otro de otro y en seguida hizo la adaptación de los calibres igualados y ya con esto se atrevió Billroth á hacer una resección de estómago, cuyo resultado fué satisfactorio.

Antes que Billroth, Gussenbauer y Winivarter, habían hecho una resección de estómago en el hombre, aunque con mal resultado, y antes que estos dos, en 1879, Pean había practicado una resección de píloro á petición del mismo interesado. Es curioso hacer una análisis de las primeras operaciones de cirugía gástrica para conocer la influencia de esta nueva cirugía. Pean discutía la maniobra quirúrgica, como él sabía hacerlo; pero al llegar al tiempo de la sutura decía que ésta se colocaba como se podía.

Con el primer caso de Billroth no se solventaban todas las dificultades, pues como ocurre con todas las innovaciones, el primer descubrimiento no hace más que plantear nuevos problemas, y así desde la segunda á la tercera observación, Billroth tuvo que modificar la técnica.

(El Dr. San Martín expone en el encerado el procedimiento de Billroth y sus diferencias entre el primer y el tercer caso).

Respecto al segundo procedimiento de Rydigier dice el Dr. San Martín que el primer tiempo no es más que una exclusión, pero que ésta no quita órganos; que la talla hipogástrica no es del siglo XIX puesto que se practicó ya á fines del XVI, pero que á nadie se le ocurre hoy pensar en la talla de Franco, porque sólo se practica en último apuro y á nadie se le ha ocurrido comparar esa operación, con la operación de talla hipogástrica, ¿cómo se va á comparar esta exclusión con una que es un primer tiempo de una operación, que es un compás de espera que prepara una segunda intervención? Esta es una exclusión que sirve para establecer un diagnóstico y la segunda operación sirve para examinar los cambios que hayan podido experjmentar las lesiones dando luz acerca del pronóstico.

En cuanto á que el neoplasma ha de empeorar de la primera á la segunda operación, no negaré esto en algún caso. y se explica por estar influído por el resultado de la gastrectomía y, cuando se practica como previa, si se nota que en muy pocas semanas el neoplasma ha hecho progresos. ¿Pero qué duda cabe de que hay bastante diferencia para suponer que en la mayor parte de los casos sea perjudicial cuando se ha dejado el neoplasma en descanso y hasta con cánula? En estas condiciones el neoplasma no hay razón para que empeore con los dos tiempos de la operación, porque después de haber servido dos ó tres días para alimentación, la fístula puede servir para desagüe y para desinfección. Debemos, pues, suponer que en dos ó tres semanas el neoplama no ha debido empeorar el pronóstico.

Manifiesta después el Dr. San Martín que sus compañeros han padecido una obsesión al creer que este procedimiento ha sido inspirado por Rydigier, y que así las objeciones que le hizo el Dr. Jiménez se dirigían en realidad á los inventores del procedimiento.

Que el colapso no es el mayor enemigo del cirujano en la resección del estómago, por que es grande la resistencia de los enfermos, como lo prueban las estadísticas presentadas por el Dr. Ribera al Congreso de Medicina último, pues la mayoría de los casos desgraciados que en aquellas figuran lo son por otras causas. No es, pues, el miedo al colapso el que ha sugerido este método, otros son los peligros; pero para esto ya pueden tener algún fundamento las razones que daba el Dr. Jiménez en cuanto á la rapidez de la operación, porque claro es que cuanto mayor sea la rapidez operatoria más facilidad hay de evitar el contagio.

El Dr. Jiménez renuncia á todos los casos en que no se puede operar deprisa.

En estas lesiones extensas de estómago el colapso se presenta pocas veces, porque un cirujano experto no puede consisderar como de colapso más que aquellos casos perdidos por accidentes ocurridos durante la operación. Operado de estómago que haya reaccionado para los efectos de nuestras estadísticas no se deben considerar como de colapso, porque los operados mueran pocos días después. Lo temible de la resección de estómago es la infección, el problema está en la sutura y ésta aunque la haga un cirujano muy experto es la responsable, porque los que han hecho autopsias se han encontrado en unos casos con flemones iniciados en las líneas de sutura y, en otras ocasiones, flemones que tienen su punto de origen hacia la sutura. En otras ocasiones la autopsia revela un muñón muy compacto al parecer, pero aparece un absceso que se aloja en aquella cavidad; otras veces no aparece en la sutura gástrica ni una sola gota de pus, pero sí algún punto de sutura se ha soltado dando motivo á una infección mortal.

En resumen: la sutura del estómago es la responsable de la inmensa mayoría de defunciones de las operaciones y aquí he de hacerme cargo de una de las observaciones del Dr. Jiménez que decía que la sutura estando bien hecha se la podía abandonar á las cuarenta y ocho horas. Por eso decía él que no le preocupaba la alimentación de los enfermos; pero estudios experimentales y desgracias clínicas han venido á demostrar que esas resecciones rápidas en las operaciones gastro-intestinales, no son más que una medida profesional que no dura más que unas cuantas horas. Por esto, el problema de alimentar al enfermo por la vía artificial, supone un paso de una gran importancia.

PERIÓDICOS

La eliminación del mercurio por la vía renal.—El Dr. P. Vilanova, publica en la *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*, el siguiente artículo:

«La eliminación del mercurio por la orina parece que debiera ser la piedra de toque que nos diera la seguridad más perfecta sobre la actividad ejercida por dicho medicamento al ser introducido en nuestro organismo, pudiendo saber, como consecuencia lógica, cuál es el método de administración del mercurio más enérgico. No solamente esto parece que tendría-

mos derecho á saber, sino que también cuáles son los compuestos mercuriales dotados de mayor actividad. Y por último, hasta tener la pretensión de conocer cuándo empieza y cuándo acaba su eliminación, para, en este caso reanudar la medicación al tratarse de un sujeto afecto de lúes en probable si no segura actividad, pues sería peligroso mantenerle sin medicación.

Innumerables son los experimentadores que se han dedicado á estudiar el modo cómo se eliminaba el mercurio por la orina, siendo los resultados obtenidos muy disconformes. Los errores que se habrán cometido dependerán muchos de ellos de faltas de técnica y, algunas veces, por haberse colocado en condiciones diferentes.

Recientemente los Dres. Carle y Boutud han publicado un trabajo, fruto de concienzudos experimentos.

Conociendo los experimentos de los mencionados investigadores, ya no es de extrañar la disparidad de criterios que reina entre los diferentes autores. que por las cifras obtenidas en sus análisis han querido deducir de la bondad de tal método de administración del mercurio ó de tal compuesto mercurial.

Lenden ha podido señalar el mercurio en la orina, al quinto día de haberlo administrado por la vía gástrica; en cambio, Vajda niega que exista hasta el onceno. Según Velander, se encuentra el primer día con las fricciones, y Schuster no lo ha podido hallar hasta los doce. Hay desacuerdo completo, no sólo para los diferentes procedimientos terapéuticos, sino también hasta por los compuestos mercuriales que no son conocidos.

Tampoco se ha podido saber con certeza, si la eliminación del mercurio se hacía de una manera continua ó si se verificaba con intermitencias, opinando esto último la mayoría de observadores.

Los resultados obtenidos por los Dres. Carle y Boutud, sin ser de grande utilidad práctica, valen la pena de ser mencionados, por ser concluyentes y por haber desvanecido errores. Según ellos, en la gran mayoría de casos aparece el mercurio en la orina antes de las cinco horas, y en la totalidad no pasa de las veinticuatro.

Otro hecho que da gran valor á sus estudios, es que han podido demostrar que, sea el que quiera el modo de administrar el mercurio, es éste eliminado aproximadamente en el mismo plazo, que es más corto que el que habían señalado sus antecesores, pues oscila entre dos y veinticuatro horas. Existen, sin embargo, algunas excepciones á la regla, pero que dependen más del individuo que de las substancias empleadas y que de la manera de ser administrada. Hasta en el mismo individuo se han podido señalar diferencias, pues frotando un sujeto varias veces con igual cantidad de ungüento mercurial, unas veces aparecía el mercurio á las dos y otras á las doce horas de haber practicado la operación.

La misma irregularidad han observado con respecto á la persistencia de la eliminación del mercurio, por lo que ninguna deducción práctica puede desprenderse en favor de ningún medicamento, ni de ningún método terapéutico.

También en oposición con lo que hasta hoy se ha creído, podemos asegurar la *regularidad de la emisión mercurial*, pues una vez iniciada la eliminación del mercurio, no se interrumpe hasta cesación definitiva.

Otra cosa que resulta lo más interesante de este trabajo, es que se ha podido probar que los *resultados más diversos se obtienen con las fricciones;* no solamente el mercùrio aparece y persiste de una manera caprichosa, sino que algunas veces es hasta imposible el encontrarlo.

Este hecho había ya sido señalado por otros observadores. Schuster, en un Congreso de naturalistas y médicos alemanes, habla de enfermos, en los cuales, á pesar de habérseles hecho una cura de fricciones, practicadas con regularidad, no se podía encontrar ni vestigios de mercurio en su orina. Marcek ha referido la historia de un sifilítico cubierto de lesiones maculo-papulosas, que sufrió más de 400 fricciones, sin dar señal de mercurio en su orina; por otra parte, las lesiones no retrocedieron.

Esto parece indicar que hay sujetos, cuya piel no se deja penetrar por el mercurio, lo que nos explica el fracaso de las fricciones, en ciertos individuos, hecho que es de importancia práctica suma y que nos obligará desde hoy á buscar el mercurio en la orina de todo enfermo que las fricciones no vayan acompañadas de los efectos que son de rigor. Nos atreveremos á ampliar esto, hasta decir que hay que buscar la eliminación del mercurio en todo sifilítico, cuyas manifestaciones sean refractarias á este medicamento, sea cual fuere la vía por la cual se haya administrado.

De todo lo expuesto se deduce, que hoy día, contra lo que era de esperar, es imposible sacar ningún resultado positivo exacto del examen de la eliminación del mercurio, y que, por lo tanto, mucho más nos ilustra la clínica que el laboratorio para apreciar la intensidad terapéutica de las diferentes maneras de administrar el mercurio y de la virtualidad de sus preparados». — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 23 de Mayo de 1905.

El veneno de los himenópteros. — El Dr. P. Fabre: Los efectos provocados en el organismo por las picaduras de los himenópteros, constituyen un verdadero envenenamiento. Aunque la lesión local no es despreciable, cuando el aguijón queda en la herida como en las picaduras de abeja, en las picaduras de las avispas y de los zánganos, son de temer sobre todo los accidentes generales; sabido es que el veneno se produce en la mayoría de los himenópteros en dos glándulas pares que segregan un líquido ácido y en una glándula impar que le segrega alcalino, siendo siempre ácida la mezcla de estos dos líquidos. La picadura de abeja, además de producir un edema de aspecto erisipelatoso de las regiones interesadas, puede provocar

alteraciones generales graves y hasta la muerte. La picadura de las avispas y de los zánganos parece que introduce en el organismo un veneno más difusible, puesto que una picadura basta con frecuencia para producir alteraciones de naturaleza sincopal y erupciones generalizadas escarlatiniformes, eritematosas y á menudo una verdadera erupción de urticaria. Casi todas las funciones del organismo pueden estar interesadas. Las funciones circulatorias (frecuencia ó lentitud del pulso, palpitaciones cardíacas, alteraciones vasomotoras, etc.); las funciones digestivas (náuseas, vómitos, diarrea); las funciones respiratorias (disnea); las funciones nerviosas, ora periféricas (dolores, hiperestesia, anestesia, etc.), ora centrales (delirio y hasta locura, etc.); las funciones sensoriales (alteraciones del oído, de la vista, etc.); las funciones de secreción (salivación abundante, diuresis, etc.).

El tratamiento local consiste en la aplicación inmediata sobre la región afectada, de agua de cal, amoníaco líquido ó vinagre; la sal de cocina aplicada sobre la picadura y las soluciones concentradas de esta sal que se hacen tragar en los casos de picaduras de la faringe por la avispa, son especialmente recomendables. Como tratamiento general se favorecerá la eliminación del veneno: 1.°, por la piel, provocando la secreción sudoral por líquidos calientes y aromáticos adicionados de estimulantes difusibles, espíritu de Minderero, éter, menta, etc.; 2.°, por los riñones, empleando los diuréticos, y 3.°, por las vías digestivas por medio de los vomitivos, purgantes, enemas, etc.

Se ha ensayado obtener cierta inmunidad contra los efectos del veneno de los himenópteros, recurriendo á las picaduras sistematizadas de estos insectos, pero queda mucho que hacer en este sentido y los fisiólogos por medio de nuevos experimentos tendrán que dilucidar muchas de las cuestiones, aún obscuras en su naturaleza y evolución, de estas intoxicaciones. También se ha tratado desde hace mucho tiempo de utilizar en la terapéutica los productos de muchos de estos himenópteros. Las avispas, en las obstrucciones del riñón y de la vejiga, las abejas y las hormigas en forma de cataplasma, en elíxir, en productos destilados y hasta en estado de ácido fórmico y de formiato de sosa. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 31 de Mayo de 1905.

Lipomas osteoperiósticos. — El Dr. *Routier* dijo que había observado hace pocos meses un joven de trece años que presentaba un tumorcillo infraclavicular, fluctuante, algo doloroso, implantado por un pedículo perfecto en el tercio externo de la clavícula. Se hizo el diagnóstico de absceso frío, pero dos punciones sucesivas no dieron resultado alguno. El Dr. Routier extirpó el tumor: se trataba de un lipoma adherido á la clavícula por un pedículo infiltrado de tejido osteoide, del que partían en forma de abanico trabéculas fibrosas que recorrían el lipoma en todas direcciones.

El Dr. *Tuffier* manifestó que había visto un hombre de cincuenta y cuatro años con un lipoma enorme localizado en la parte posterior del muslo y cuyo pedículo se implantaba en el isquión. En este caso se había hecho también el diagnóstico de absceso frío, y el resultado negativo de varias punciones indujo á practicar la extirpación del lipoma.

El Dr. *Guinard* llamó la atención acerca de una variedad notable de lipoma osteoperióstico, el *lipoma osteoperióstico congenito*. Es más raro que el adquirido, y el Dr. Hurault en su tesis sólo ha podido reunir 31 casos publicados hasta ahora. La observación origen de esta tesis, caso del doctor Guinard, se refiere á un lipoma de la fosa infra-espinosa del omoplato desarrollado en una niña de siete meses, observación interesante desde dos puntos de vista:

1.° Por la recidiva del tumor en el mismo sitio tres años después de su extirpación.

2.° Por los síntomas generales graves—enflaquecimiento, diarrea incoercible, tos—de que fué acompañada siempre la evolución rápida del tumor.

Respecto del primer punto — recidiva *in situ* de un tumor histológicamente benigno — cree el Dr. Guinard que se trataba, no de una recidiva verdadera, sino de la evolución de un lóbulo del lipoma que quedó sin extirpar la vez primera. Cuanto al segundo punto, ¿puede admitirse que se trataba de lo que se ha llamado la fiebre ó la intoxicación neoplásica, ó hubo sólo una simple coincidencia y el tumor se desarrolló con tanta rapidez las dos veces bajo la influencia de una intoxicación general gripal ó de otro género? El Dr. Guinard cree que esta última explicación concuerda mejor con lo que hemos dicho de la evolución de los tumores benignos en general.

El Dr. *Nélaton* dijo que había observado dos casos de lipoma osteoperióstico. Una mujer con un lipoma en la parte posterior de la nuca, implantado en la protuberancia occipital externa; este lipoma databa de la infancia. Un hombre que tenía un lipoma voluminoso en la cara interna del muslo; este tumor, que se implantaba en el vértice del trocánter menor, se había diagnosticado de sarcoma.

El Dr. *Broca* refirió los dos casos siguientes: Un niño de nueve años presentaba en la región de la rodilla: 1.°, por fuera un tumorcillo del tamaño de un huevo de paloma, blando, indolente, movible debajo de la piel, de contorno mal limitado; 2.°, por delante de la extremidad superior de la tibia y correspondiendo al tèndón rotuliano, había un segundo tumor, del tamaño de un huevo de gallina, más saliente que el anterior, mejor limitado, bastante resistente y adherido al plano subyacente. Los dos tumores eran lipomas, uno no enquistado, que se continuaba con la grasa del tejido celular inmediato; el otro perfectamente enquistado y adherido al tendón rotuliano y al periostio de la tibia, algo por fuera de la inserción del tendón.

El segundo caso se refiere á una niña de dos años, que tenía un grueso lipoma de 10 centímetros de longitud por 6 de anchura; ocupaba la región lumbar y se insertaba por un pedículo fibroso en el vértice de las apófisis espinosas de las vértebras dorsales undécima y duodécima. El tumor databa de la época del nacimiento. El Dr. Lannelongue cree que en estos

casos se trata de meningoceles aislados y llenos de grasa. El Dr. Broca cree que semejante opinión es infundada, porque estos lipomas tendinoperiósticos de las apófisis espinosas son análogos á los que se observan en otras regiones.

El Dr. *Delbet* recordó que el año anterior había presentado á la Sociedad un enorme fibrolipoma de origen perióstico, que extirpó á un viejo, cuya afección se diagnosticó de sarcoma muscular. El tumor estaba adherido en la línea áspera del femur. Dijo, á propósito del último caso del doctor Broca, que en ciertos lipomas lumbares el pedículo se introduce en la abertura vertebral, y que, por lo tanto, la teoría patógena del Dr. Lannelongue parece verdadera, al menos para ciertos casos.

El Dr. *Kirmisson* dijo que si el lipoma coincide con cierto grado de raquisquisis, es lógico ver en ello un meningocele vacío, pero si se inserta en una apófisis espinosa, es imposible admitir semejante interpretación. Por lo demás, el lipoma es uno de los tumores congénitos más frecuentes.

El Dr. *Monod* indicó que había observado hace pocos días un caso parecido al del Dr. Routier. Se trataba de un lipoma que penetraba á bastante profundidad entre la apófisis coracoides, la clavícula, la bóveda acromial y el húmero, y que fué extirpado sin descubrir el punto de implantación en el hueso. El Dr. Monod cree, á propósito de estos lipomas llamados osteoperiósticos, que su origen perióstico es dudoso, es de los más dudosos, porque los lipomas se desarrollan únicamente á expensas del tejido celular grasoso y sus adherencias con el esqueleto ó los tendones son secundarias. Conviene reservar el nombre de *lipomas subperiósticos* á los tumores localizados debajo del periostio y en contacto más ó menos extenso con el hueso.

Extracción de los cuerpos extraños esofágicos con el gancho de Kirmisson.— El Dr. *Kirmisson* refirió cuatro observaciones nuevas de extracción de cuerpos extraños del esófago por medio del gancho de su nombre.

Primera observación (Barnsby, de Tours).—Niño de dieciséis meses, que deglutió una moneda de 10 céntimos; una tentativa de extracción hecha ocho días después con el cesto de Græfe fracasó. Al día siguiente se hizo una nueva tentativa con el gancho de Kirmisson, extrayéndose sin dificultad el cuerpo extraño. Consecuencias operatorias benignas.

Segunda observación (Barnsby).—Niña de siete años, que se tragó un trozo de hueso del tamaño de una moneda de 10 céntimos. Extracción á los quince días con el gancho de Kirmisson; tiempo empleado en la operación, cuarenta segundos.

Tercera observación (Gaudier, de Lille).—Niño de seis años, que se había tragado una moneda de 10 céntimos que, según demostró la radiografía, quedó detenida en el tercio inferior del esófago. Extracción á los treinta días con el gancho de Kirmisson con la misma facilidad que si la moneda hubiera sido deglutida la víspera; consecuencias benignas.

Cuarta observación (profesor Masei, de Nápoles).— Niño de tres á cuatro años, que se había tragado una moneda de 10 céntimos seis meses antes y que fué conducido al hospital con síntomas de compresión de la tráquea, que aparecieron de repente. Extracción inmediata y rápida con el gancho. Curación sin accidentes.

Por consiguiente, á medida que los hechos se multiplican, se ve ensancharse los límites del campo de acción del gancho de Kirmisson.

Degeneración cancerosa del muñón cervical después de la histerectomía parcial por fibromas. — El Dr. *Richelot* refirió seis casos más de este género recogidos después de su última comunicación sobre este asunto (8 junio 1904). Estos casos han sido observados: dos por el Dr. A. Martín, uno por el doctor Picqué, uno por el Dr. Beunier, uno por el Dr. Bazy y uno por el doctor Labeyrie.

En resumen, desde que el Dr. Richelot llamó la atención por vez primera sobre la degeneración cancerosa del muñón cervical después de la histerectomía parcial por fibroma, esta degeneración ha sido observada 23 veces. No es, por consiguiente, tan excepcional como se dice, y la coexistencia del fibroma y del cáncer del útero no es una simple casualidad. Por lo demás, Piquaud, en su tesis (París, 1905), ha demostrado por estadísticas fehacientes que el cáncer del cuerpo del útero se observa siete á ocho veces con más frecuencia en las que padecen fibromas que en las que no los padecen, y el del cuello con mayor frecuencia todavía: en efecto, en 600 enfermas ordinarias, se encuentra un cáncer del cuerpo y tres del cuello; en 600 fibromatosas, nueve cánceres del cuerpo y 12 del cuello.

Aneurisma arteriovenoso axilar. — El Dr. *Mignon* presentó la enferma objeto de esta observación. El aneurisma, consecutivo á una herida antigua por arma blanca, estaba constituído por la comunicación entre la arteria axilar y una colateral venosa externa. La vena axilar externa había sido igualmente interesada por el arma, pero la sangre no pasaba á esta vena, que estaba trombosada en una extensión de 4 centímetros. El Dr. Mignon extirpó entre dos ligaduras la vena colateral externa y la arteria en una extensión de 2 centímetros y medio próximamente. La enferma curó sin complicaciones, aunque la arteria fué ligada en su parte desprovista de colaterales, debajo de la escapular inferior, en el espacio que se ha convenido en llamar la «zona peligrosa» de las ligaduras de la axilar. En la actualidad todos los signos del aneurisma han desaparecido, pero la enferma no tiene pulso radial.

Fibromas uterinos en vías de necrobiosis y de supuración. — El Dr. *Monod* presentó voluminosos fibromas del útero, intersticiales y subperitoneales, los primeros en vías de necrobiosis y de supuración, que extirpó por la histerectomía abdominal total. Estas piezas patológicas son favorables á la opinión de que el origen de la supuración y de la gangrena de los fibromas se halla en el conducto uterovaginal. En efecto, en el caso anterior el único fibroma que quedó intacto fué el subperitoneal, y en cambio, los intersticiales en relación evidente en un punto con la cavidad uterina, habían supurado ó se hallaban en vías de necrobiosis.

(*La Presse Medical*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE PARÍS

Sesión del día 8 de Mayo de 1905.

Operación de Gigli.— El Dr. Porak: Ingresó en la Maternidad una mujer primípara de veinticuatro años, de 1'88 centímetros de altura, con estrechez pelviana acentuada. Cuando ingresó la enferma, la bolsa de las aguas hacía tiempo que se había roto. La cabeza estaba aplicada contra el estrecho superior. La bolsa serosanguínea se introducía en la excavación pelviana; el cuello estaba bastante dilatado; no fué posible conocer la posición, porque la bolsa serosanguínea impedía apreciar las fontanelas, pero después averigüé que la cabeza no se hallaba en flexión y que la sutura bregmática se encontraba hacia el centro de la pelvis con la fontanela occipital, mirando transversalmente hacia la izquierda.

Como el parto no avanzaba me decidí á practicar la operación de Gigli. La sección del pubis fué hecha oblícuamente de arriba á abajo desde la espina del pubis de derecha á izquierda en la mitad izquierda de la pelvis. La hemorragia fué ligera y se contuvo fácilmente por la compresión.

Apliqué el forceps Poullet según costumbre, la rama izquierda delante de la oreja izquierda y la derecha simétricamente en el lado derecho de la cabeza. Hice con lentitud la tracción siendo fácil la rotación, y desprendiéndose la cabeza por los diámetros suboccipitales.

Al reconocer la enferma después del parto, descubrí un desgarro lateral de la vagina de 7 á 8 centímetros de longitud. El útero formaba hernia á través de la herida cutánea. Esta se reunió por medio de cinco puntos de sutura con crin de Florencia, y la herida de la vagina con dos puntos de sutura con catgut y desagüe.

Las consecuencias fueron normales, pero noventa días después del parto los fragmentos óseos sólo estaban reunidos por un puente fibroso sin callo. Esta mujer anda, sin embargo, perfectamente y no nota molestia alguna.

A consecuencia de la sinfisiotomía los desgarros de la vagina que comunican con la incisión operatoria son relativamente raras. Pocas veces son extensos. Principian casi siempre en la parte superior. Las considero como una complicación temible de la sinfisiotomía. Creo desde hace mucho tiempo, que son más de temer en las primíparas, razón por la cual considero la primiparidad como una contraindicación.

Es fácil explicarse este peligro mayor de los desgarros vaginales. Se ha comparado el parto á la abertura de una puerta de dos hojas: la hoja uterina se abre de arriba á abajo y de atrás á adelante de modo que el segmento inferior, seguido del cuello, se aplica contra la sínfisis del pubis, mientras la hoja perineal se abre de arriba á abajo y de delante á atrás. Esto es debido naturalmente á la posición respectiva de los orificios uterino y vulvar, porque el primero mira hacia atrás y el segundo hacia adelante.

A consecuencia de esto, la vagina se repliega por delante sobre sí misma y el útero tiende á aproximarse al orificio vulvar. Constituye un escudo que protege la incisión del monte de Venus, sea cual fuere el modo que

se practique: longitudinalmente frente á la sínfisis, según el método empleado de ordinario ó semicircular, como la practico en dirección á las dos ramas descendentes del pubis. Cuando se desprende la cabeza, la parte completamente inferior de la vagina, la úretral es la única que queda expuesta al desgarro que constituye entonces una herida penetrante de poca importancia. La hoja uterina cubre el trigono vesical y le garantiza contra los peligros del desgarro.

Cuanto más se separa por los lados, más queda en relación con la parte fetal que se desprende la superficie de la vagina. En la pubiotomía la reparación ósea se produce en un punto que no está protegido por la interposición del cuello del útero. Además, los desgarros del útero jamás son medios, sino siempre laterales; pueden extenderse con la mayor facilidad á la vagina y, por consiguiente, sobre la parte de este conducto más estirada en el foco de la pubiotomía.

Existe además otra razón que puede explicar la frecuencia mayor de los desgarros vaginales en la pubiotomía.

En ésta, la vagina se pone más tensa en el sentido perpendicular y se desliza menos en el transversal. Se halla en efecto, por decirlo así, fija por delante frente al tabique vesicovaginal y por detras frente al rectovaginal. La separación de la pelvis seccionada en la sínfisis tira de una manera desigual de la vagina á la derecha y á la izquierda. La separación lateral de la pelvis en la pubiotomía tira de un modo desigual de la parte anterior de la vagina que no cede y de la posterior que cede más. Ésta desigualdad en el deslizamiento posible de la vagina hacia adelante y hacia atrás la expone más al desgarro.

El Dr. Budin: No he comprendido las explicaciones que ha dado el doctor Porak, respecto al papel de lo que él llama la hoja anterior formada por el cuello. Si hay estrechez de la pelvis, si la cabeza queda detenida por encima del estrecho superior, si se cree que es necesaria la sinfisiotomía no me parece que parte alguna del cuello, sobre todo si la dilatación es completa, quede encajada en la excavación delante del cráneo fetal.

¿Saca el Dr. Porak de su caso la conclusión de que la operación de Gigli favorece más los desgarros de la vagina que la sinfisiotomía? Estos desgarros son frecuentes cuando se abre la sínfisis, y ya en 1893 llamé la atención sobre su mecanismo. Al separarse algunos centímetros los dos huesos pubianos en vez de una superficie plana forman dos ángulos óseos dirigidos hacia arriba, y la pared vaginal muy distendida por la cabeza que desciende, se aplica sobre los bordes salientes y puede ser seccionada ó al menos sufrir una fuerte compresión.

En la operación de Gigli, una de las ventanas movible sobre la articulación de la sínfisis, es rechazada hacia atrás, pero la otra desempeña el mismo papel que el borde del pubis después de la sinfisiotomía.

El Dr. Porak: En las pelvis estrechas que exigen la sinfisiotomía, el cuello del útero queda siempre detenido debajo de la cabeza fetal, aunque la dilatación sea completa. Si se tiene en cuenta que el conducto pelvigenital mide 4 centímetros por delante frente al pubis y por detras toda la longitud del sacro más la del periné, se comprende que la vagina sea más estirada por detrás que por delante. El cuello uterino no protege la vagina

más que en la línea media, por delante. Este modo de explicar el peligro mayor de los desgarros vaginales en la pubiotomía, no excluye en modo alguno la razón que invoca el Dr. Budin para explicarlos. En la pubiotomía la separación de la ventana anterior deja al descubierto el borde más cortante de la ventana posterior, lo que explica la facilidad con que se desgarra la vagina al ser comprimida por la cabeza fetal ó por la cuchara del forceps sobre este punto.

La superficie de sección de la sínfisis deja dos superficies de cartílago que son probablemente menos peligrosas desde este punto de vista, que la superficie ósea que queda después de la pubiotomía y que sobresale tanto más cuanto mayor es la separación de la ventana anterior formada por los pubis.

El Dr. Boissard: Se ha omitido un punto en la descripción ó mejor dicho en el detalle de la observación, á saber, las dimensiones de la pelvis en su diámetro menor; desearía, por lo tanto, que el Dr. Porak nos expusiera más datos respecto á este asunto que creo interesante.

El Dr. Porak: El promontorio era accesible y las paredes de la pelvis fáciles de explorar. Creo que se trataba de una pelvis pequeña en todas sus dimensiones, pero aplanada de delante á atrás en el estrecho superior. La estrechez no debía ser grande. La distocia fué indudablemente debida á la estrechez, pero también á que la presentación era de frente.

Calefacción de las incubadoras por la barita hidratada. —El Dr. O. Macé: Las incubadoras que se emplean en el pabellón de niños débiles de la Maternidad, se calientan en recipientes de cobre de 14 y medio á 15 litros que se llenan cada seis horas con agua caliente. Esta calefacción es útil siempre que se tenga la precaución de levantar la tapa de cristal, cuando se introduce en la incubadora la vasija con agua caliente y se cierra poco á poco á medida que ésta se enfría. En el caso contrario la temperatura de la incubadora es ó muy elevada ó muy baja. Estas vasijas tienen el inconveniente de ser muy caras y necesitan cambiarse con frecuencia. Creo que dichos inconvenientes pueden subsanarse empleando para calentar la incubadora la barita hidratada que se sumerge durante cinco minutos en agua hirviendo, y se introduce después en la incubadora envuelta en lana ó franela. La operación se repite cada siete horas.

El Dr. Boissard: He renunciado casi en absoluto á la incubadora y prefiero colocar los niños prematuros en una especie de cuna incubadora, provista de una flecha que permite cubrirla y cerrarla por medio de un trozo de makintosch cubierto de papel de seda y de una sábana doblada; el lecho se calienta por medio de vasijas llenas de agua caliente que se renuevan cada tres ó cuatro horas, y gracias á este medio se obtiene una temperatura constante de 26 á 28°. Es fácil después desinfectar todos los objetos del lecho.

El Dr. Budin: Creo que las incubadoras deben calentarse por medio de varias vasijas que se cambian progresivamente. El procedimiento del doctor Macé merece ser ensayado, como todo lo que permita obtener con facilidad una temperatura constante.

Crioscopia de la orina en los recién nacidos sanos é infectados.—Los doctores L. Pierra y R. de La Lande: La crioscopia de la orina, en la primera

edad, sólo ha sido estudiada por los Dres. Lesné, Merklen, Sabrazès y Fauquet. Los estudios de los primeros, se refieren al niño de pecho en general, casi nunca á los de menos de un mes.

Vamos á indicar los términos medios que hemos obtenido en los exámenes crioscópicos, bastante numerosos, y á determinar el valor de las diferentes reacciones y de la diuresis molecular.

La orina del recién nacido es hipertónica durante los tres ó cuatro primeros días. Su densidad llega á 1010 y 1012. El punto de congelación desciende en general á — 1°. Tarda poco en hacerse hipotónica. Es entonces poco densa y pobrísima en substancias eliminadas. El punto de congelación que es siempre proporcionado á la concentración molecular es casi de 0°. En nuestras observaciones Δ ha variado entre — 0°,12 y — 0°,29, por término medio — 0°,178.

Concedemos poca importancia á estas diferencias, en general y al valor absoluto de Δ porque las condiciones dietéticas no son siempre iguales. En los niños criados artificialmente con leche de vaca ó de burra, la orina es hipertónica con relación á los que lactan.

En los niños infectados Δ se aleja más ó menos de 0°, según la gravedad de la infección. La hemos visto descender á — 0°,50 y — 0°,80 y casi hasta — 1°. La concentración molecular queda normal por completo aun en los niños infectados. En general, Δ oscila entre — 0°,30 y — 0°,50 por término medio — 0°,386.

La orina del niño infectado es, por lo tanto, hipertónica con relación á la del sano.

Respecto á los cambios moleculares puede decirse en resumen que: 1.°, en estado normal la relación $\frac{\Delta}{NaCl}$ es algo superior en el recién nacido que en el adulto, y que la relación $\frac{\Delta}{\delta}$ es sensiblemente la misma; 2.°, que en los niños infectados la relación $\frac{\Delta}{NaCl}$ se eleva y $\frac{\Delta}{\delta}$ desciende.

F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 31 de Mayo de 1905.

Peritonitis difusa. — El Dr. *Gluck* presenta un niño que ingresó en la clínica, colapsado y con todos los síntomas de una peritonitis difusa. El diagnóstico se había hecho ya antes de la operación porque existía un tumor ovoideo, muy claramente fluctuante y que ocupaba toda la pared anterior del abdomen. Al poco tiempo se hizo necesario abrir un gran absceso subfrénico del lado derecho, que sin duda había sido la terminación del otro. En el intestino delgado se formaron varias fístulas, que curaron al cabo de mucho tiempo por medio del tratamiento balneoterápico.

En un segundo caso, en el que se trataba seguramente de una peritoni-

tis tuberculosa y en que parecía inminente la muerte del niño por inanición como consecuencia de grandes fístulas intestinales, el autor introdujo un tubo de goma por la fístula y en la dirección del intestino; dicho tubo estaba armado con un hilo, que se condujo por la fístula hacia afuera; al poco tiempo se verificó una deposición por el recto, y pasadas cuatro semanas, en que se tuvo colocada la protesis, se obtuvo la curación.

Meningitis cerebro-espinal. — El Dr. *Grawitz* hace notar ante todo que todos los años se observa alguno que otro caso esporádico de meningitis cerebro-espinal, y que, por lo tanto, no hay que inquietarse porque se haya presentado algún caso en Charlottenburgo en estos últimos tiempos, puesto que no ha podido demostrarse que hubiese relación entre dichos casos y el foco de la alta Silesia, y por otra parte, los casos de Charlottenburgo no han llegado á constituir una epidemia.

En los cuarteles se observan todos los años de 20 á 30 casos de meningitis cerebro-espinal; al primero sigue seguramente un segundo y hasta un tercero en el mismo local, pero la cosa no pasa de aquí. Tampoco se observa casi nunca que estos enfermos contagien á los médicos ni al personal de asistencia.

Si ahora se ha presentado en la alta Silesia una epidemia, preciso es admitir que habrán contribuído á ello factores predisponentes locales, por más que éstos nos sean desconocidos. No puede pensarse únicamente, como lo hace Jager, en lo antihigiénico de las viviendas, pues de ser así se habría cumplido también su profecía de que se extinguiría la epidemia con la entrada del verano, cuando las gentes viven más al aire libre y menos en su casa; hasta ahora no se ha observado nada de esto. También duda el autor de la exactitud de la hipótesis de Westenhoeffer de que el catarro faríngeo crónico consecutivo á respirar un aire cargado de humo, constituya el factor predisponente. Este factor no sólo existe en la alta Silesia, sino en otras comarcas industriales en que los casos se presentan en muy corto número. Esto sin contar con que en los casos observados en Charlottenburgo, los órganos faríngeos se vió que estaban completamente sanos.

En el Hospital de Charlottenburgo ingresaron en las últimas semanas 17 casos; en tres había trastornos gastro-intestinales con síntomas cerebrales; en cuatro se trataba de una meningitis secundaria. De los otros 10, siete eran de meningitis tuberculosa, cifra extraordinaria si se compara con las de otros años, y que acaso se explique suponiendo que los médicos se deciden ahora á mandar más pronto estos enfermos al hospital por si se trata de casos de meningitis cerebro-espinal epidémica. No quedan, por lo tanto, más que tres casos verdaderos de meningitis cerebro-espinal esporádica. En uno de ellos se trataba de una meningitis de estreptococos; en los otros se encontró el meningococo intracelular.

El diagnóstico diferencial entre la meningitis cerebro-espinal tuberculosa y la esporádica, tropieza á veces en clínica con grandes dificultades, puesto que hay casos de meningitis tuberculosa que comienzan de un modo agudo con síntomas graves y que terminan á veces mortalmente en pocos días de una manera fulminante, encontrándose después en el cadáver una siembra de tubérculos pequeñísimos que á menudo sólo se pueden descubrir por medio de la lente.

Cree el autor que pueden ayudar para establecer el diagnóstico diferencial los caracteres histológicos del líquido cerebro-espinal, y no habla de los bacteriológicos porque no siempre se encuentran bacterias en dicho líquido. Este es claro y contiene principalmente leucocitos linfoideos en la meningitis tuberculosa, y en cambio, contiene células purulentas polinucleares en la meningitis esporádica. Los casos tuberculosos fallecieron todos; en cambio, de los tres esporádicos uno falleció á las cinco semanas, otro se curó y el tercero está en convalecencia.

Tiene valor terapéutico la punción lumbar repetida, después de la cual siempre se sienten mejor los enfermos; también conviene estimular la diuresis mediante la ingestión abundante de líquidos y los enemas de agua salada.

La experiencia ha enseñado que en Charlottenburgo no ha estallado una epidemia, y por lo tanto, es más acertado hablar en estos casos de meningitis contagiosa que de meningitis epidémica, y no dar parte de ellos á las autoridades hasta que el diagnóstico sea indiscutible.

El Dr. *Heubner* recuerda que no hace mucho que se sabe que la meningitis cerebro-espinal ataca de preferencia á los niños. En los años de 1895 á 96 y de 1901 á 1902, se observó una acumulación de casos en la Caridad, pero sin que se pudiera calificar de epidemia propiamente dicha. La contagiosidad del mal es indudablemente muy pequeña. Respecto al papel que quiere conceder Westenhoeffer á la constitución linfática, hacen falta más investigaciones y observaciones para dilucidar este punto.

En estos últimos tiempos ha recibido el autor dos casos; en ninguno de ellos se pudo encontrar el meningococo con seguridad. No es tan poco resistente como se ha dicho, y en prueba de ello refiere el autor el hecho de que en un caso lo encontró todavía el día trigésimotercero de la enfermedad.

El autor dice haber comprobado también mayor frecuencia de casos de meningitis tuberculosa en esta primavera. Parece como si también hubiera epidemias de esta enfermedad, hecho que ya otros autores creen haber observado anteriormente.

Los caracteres histológicos de líquido cerebro espinal no tienen gran importancia.

Llama la atención el hecho observado por Göppert en la epidemia actual de la alta Silesia de que la falta de apetito no haya sido tan enorme como la que se observó en las epidemias anteriores.

El Dr. *Schütz* refiere que en el caballo se presenta como análogo á la meningitis cerebro espinal epidémica una meningitis que siempre es puramente serosa; se observa principalmente en el verano, conduce al desarrollo de un hidrocéfalo agudo, ostenta todos los caracteres de una enfermedad infecciosa aguda y aparece bajo la forma epidémica en determinadas comarcas de Alemania. La mortalidad es de 75 á 80 por 100. Son muy pocos los animales que se curan; es más frecuente que el mal termine por hidrocéfalo crónico. El autor ha examinado varios de estos casos y siempre encontró un meningococo intracelular, que en nada difiere del que se halla en el hombre. Cierto es que no se puede asegurar que se trate de microorganismos idénticos; sin embargo, no es dato despreciable el de que se ha

conseguido infectar caballos mediante la inoculación del meningococo humano.

El Dr. *Japha* llama la atención acerca de la frecuencia con que la enfermedad se presenta en los niños de pecho. En estos casos, el diagnóstico es difícil, y cuando no se llega á establecer, como sucede á menudo, el niño puede ser peligroso para las personas que le rodean. Como datos de importancia para el diagnóstico, hay que mencionar el abultamiento de las fontanelas y el resultado de la punción lumbar. Pero aun en el caso de que ésta dé salida á un líquido claro, puede suceder que se trate de una meningitis cerebro-espinal epidémica. Debe, además, tenerse presente el favorable resultado de la punción lumbar, operación que es preferible practicar, no con el instrumental que suele emplearse, sino con una jeringa de punción, porque de lo contrario, la cánula se obstruye con facilidad. En los casos de meningitis, se observa con notable frecuencia una otitis media.

El Dr. *Grawitz* confirma en lo esencial los hechos observados por Senator, y también ha comprobado en estos últimos tiempos una acumulación de casos de meningitis tuberculosa. En su enfermería ha visto dos casos de meningitis esporádica que no tenían ninguna relación con el foco epidémico de la alta Silesia.

El diagnóstico diferencial entre la meningitis tuberculosa y la esporádica puede ser dificilísimo en algunos casos, y en ocasiones resulta hasta imposible. Tienen su importancia la aparición de exantemas cutáneos, y especialmente del herpes, que en los casos dudosos siempre depone á favor de la meningitis esporádica.

El único tratamiento que cabe es el sintomático mediante el empleo de narcóticos, la punción lumbar y los baños calientes, que acaso conviniera sustituir con los de aire caliente.

El Dr. *M. Michaelis* recuerda que si bien es verdad que la mayoría de las bacterias patógenas puede ocasionar meningitis, prácticamente las únicas que hay que tener en cuenta son tan sólo los estreptococos y los diplococos. Los bacilos tuberculosos se encuentran casi siempre, cuando se domina bien la técnica, en los casos de meningitis tuberculosa, y los meningococos en la mayoría de los casos de meningitis cerebro-espinal epidémica.

La cuestión de si son idénticos el meningococo de Jäger y el de Weichselbaum, cree el autor que se puede resolver en sentido afirmativo. Las diferencias que se observan en la coloración por el método de Gram provienen tan sólo de las diferencias en el terreno nutritivo en que han pululado las bacterias y cambian con ellas. Las epidemias pueden ser provocadas por el diplococo de Fränkel y por el de Jäger-Weichselbaum.

El Dr. *v. Hansemann* refiere haber encontrado el meningococo en la autopsia de casos en los que no se había podido hallar dicho microbio durante la vida. En los senos accesorios y en la tonsila faríngea no ha encontrado el autor ninguna lesión específica; más aún, en el caso último en que ha hecho la autopsia, los senos accesorios presentaban caracteres de una absoluta normalidad. También ha hecho la autopsia de dos casos de la tan discutida meningitis serosa, y en ninguno de ellos encontró bacterias.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesiones de los días 5 y 12 de Mayo de 1905.

Cáncer de la mama tratado con los rayos X.— El Dr. *Leopoldo Freund* presenta una mujer, la cual, á mediados de diciembre último, notó la existencia en su mama de un tumor del tamaño de un puño, de dureza lapídea, que se había adherido íntimamente á la pared ósea del tórax y que después de haber perforado la piel, aparecía como una superficie exulcerada, del tamaño de una pieza de duro. Los ganglios axilares y subclavios estaban hinchados y duros. El 9 de enero, y después de seis y ocho sesiones respectivamente de aplicaciones de los rayos X, se presentó una rubicundez intensa con dolor en las zonas respectivas. La superficie ulcerada presentaba muy mal aspecto, había profundizado hasta convertirse en una cavidad del tamaño de una manzana pequeña, llena de masas saniosas y caseosas; la enferma adelgazaba, comía cada vez menos y los dolores neurálgicos que se presentaron en los brazos y en el mediastino le robaban el descanso nocturno. Del 6 al 11 de febrero se aplicaron los rayos X en seis sesiones, y del 6 al 10 de marzo en otras tres sesiones. Ya el 18 de febrero se modificó la secreción que manaba de la cavidad neoplásica, puesto que tomó un carácter y aspecto más acuosos. Poco á poco empezaron á desprenderse las escaras, desapareció el olor fétido que despedía la lesión y en los bordes de ésta aparecieron granulaciones firmes y rojas. La afección persiste hoy en día con una marcha favorable. En la actualidad, la superficie ulcerosa aparece cicatrizada toda ella, no quedando sin cubrir de epidermis más que una excoriación del tamaño de una lenteja que existe en el fondo de la cicatriz, muy hundida y del tamaño casi de la palma de la mano. Los ganglios se han reducido muchísimo de tamaño, y la enferma se encuentra notablemente mejorada. De lo único que se queja es de dolores insignificantes producidos por la retracción cicatrizal y de un catarro bronquial que ahora se le ha presentado. Come bien, duerme tranquilamente y ha vuelto con todo esto el goce de la vida.

Esclerodermia.— El Dr. *Salomon Ehrmann* presenta dos casos de esta enfermedad, uno de ellos reciente y el otro ya curado. Hace años ha presentado casos de la llamada atrofia idiopática del cutis, demostrando entonces que se habían desarrollado como período final del cuadro patológico que se ha descrito con el nombre de eritromelia (Pick), y que aparecían al examen microscópico como una perilinfangitis capilar. Entonces llamó la atención acerca de las diferencias que la separan de la esclerodermia. También insistió, hace ya algunos años, en que la hiperemia que rodea á menudo las placas de esclerodermia no es una estancación producida por la presión de esta última, sino una inflamación aguda y subaguda, cuya existencia se demuestra claramente por medio del microscopio, pudiendo demostrarse clínicamente el desarrollo de las placas de esclerodermia como consecuencia de eritemas y el de la forma difusa como consecuencia de eritrodermias análogas. Tal sucede en el primero de los casos presentados.

Se trata de una mujer de cuarenta años, en cuyo brazo y pecho se ven

rubicundeces, unas en forma de simples manchas del tamaño de una pieza de cincuenta céntimos á una de dos pesetas ó mayores, y otras en cuyo centro se inicia un endurecimiento de la piel, cerco amarillento y de un brillo mate. En las extremidades inferiores y en la región pelviana, donde la enfermedad es difusa, tenía la paciente hace más de un año una rubicundez eczematosa de la piel, que la obligó á someterse á tratamiento en una Clínica dermatológica. Por entonces no había en ninguna parte el menor indicio de esclerodermia.

El orador ha publicado otros dos casos en los que la esclerodermia empezó con un eritema generalizado, que diagnosticaron como tal dos dermatólogos de los más eminentes y que después se transformó en esclerodermia.

El segundo caso pertenece á las formas maculosas. Al mismo tiempo existía, desde hacía algunos años, una atonía intestinal con evacuación de heces fecales delgadas y acintadas, meteorismo muy pronunciado con sensación de opresión por la noche y otros síntomas. La curación se obtuvo al fin tratando la atonía intestinal por medio del masaje abdominal, la gimnasia, los purgantes y el régimen dietético. El orador interpreta la esclerodermia como una intoxicación, cuyo punto de partida suele ser el intestino, pero también puede ser de otro origen, v. gr., proceder de la glándula tiroides, á diferencia de la eritromelia ó en su caso de la atrofia idiopática del cutis, que conceptúa ser una afección local.

Efectos del extracto suprarrenal sobre el corazón de mamífero intoxicado con grandes dosis de cloroformo.—El Dr. José Winter: En las primeras publicaciones relativas á los efectos del extracto suprarrenal, que vieron la luz pública en 1896 y en 1897, ya se hizo notar que dicho extracto, además del aumento en la presión sanguínea que produce obrando sobre las fibras musculares de los vasos periféricos, también vigoriza la energía cardíaca. Pero Sherrington y Souton, de Liverpool, estudiando muy bien en 1903 la acción del cloroformo sobre el corazón de los mamíferos vivo, pero aislado del cuerpo, contribuyeron mucho á hacer progresar estas investigaciones. Dichos autores vieron que con una disolución clorofórmica al $^3/_4$ por 1000 cesaba de contraerse definitivamente el corazón del gato á los nueve minutos, y con una disolución al 1 $^1/_2$ por 1000, se obtenía el mismo resultado á los sesenta segundos; en cambio, con concentraciones menores ú obrando por menos tiempo y haciendo pasar después una disolución de sal común por el corazón, vuelve éste á latir. Una vez en posesión de estos datos, se pudo averiguar en qué circunstancias el corazón de mamífero paralizado por completo con el cloroformo podía volverse á contraer mediante la influencia del extracto suprarrenal. Ahora bien, de los experimentos practicados ha resultado que la suprarrenina es capaz de hacer que un corazón de gato que se había paralizado con dosis de cloroformo triple y hasta séxtuple de la necesaria, volvía á contraerse de un modo rítmico y duradero, hasta en casos en que ya se había presentado cierto grado de rigidez del músculo cardíaco. También se consiguió volver á la vida animales en los que á causa de una cloroformización forzada, el corazón ya llevaba doce minutos sin latir, no obstante la respiración artificial y el masaje enérgico del corazón que se practicaron para hacerle latir. En un experimento, la cesación de los latidos del corazón llevaba ya de duración treinta y dos

minutos. Vemos, por lo tanto, que no se conoce ningún medio que se pueda comparar con el extracto suprarrenal por su acción enérgica sobre el centro circulatorio. Según esto, no hay motivo que oponer á la introducción directa de una disolución de extracto suprarrenal en el corazón izquierdo por medio de punción, cuando se trata de un caso grave y al parecer perdido de colapso cardíaco, de origen clorofórmico, en el que han fracasado los medios usuales, pero empleando al mismo tiempo y con energía la respiración artificial.

El Dr. José Thenen: Cuando se practica una inyección intradural de cocaína en la zona cervical de la médula, se produce un shock que depende de una parálisis de las vías vasomotoras y de una interrupción en las que conducen desde el sistema nervioso central al aparato circulatorio. De aquí que aun después de desaparecer el efecto de la cocaína y de cesar el shock de las vías vasomotoras, no pueda restablecerse el animal, puesto que persistiendo la parálisis vascular y debilitado probablemente el corazón, éste ya no es capaz por sí solo de suministrar la fuerza necesaria para hacer que entren en acción los centros vasomotor y respiratorio. Ahora bien, para conseguir el aumento de presión que es necesario, se empleó la suprarrenina como medio que influye directamente en el corazón y en los vasos. Así, v. gr., si en animales que tratados por medio de la cocaína, se ha producido un shock grave con descenso de la presión sanguínea hasta 35 milímetros de mercurio, cuando ya llevan de veinte minutos á una hora con falta completa de reacción, se les inyecta suprarrenina en las venas, se observa que, una vez aumentada la presión sanguínea, se presentan al cabo de diez á veinte minutos nistagmus, reflejo corneal, oclusión palpebral y husmeo, con lo cual, tan pronto como la presión sanguínea recobra su normalidad, reaparece generalmente la respiración de un modo espontáneo.

Operación radical en la coxitis tuberculosa. — El Dr. Alberto de Mosetig-Moorhof: La condición primordial que se exige en toda operación radical de artritis tuberculosa de proporcionar el acceso más franco posible para extirpar radicalmente todo lo alterado por la lesión patológica, rige también para la coxitis tuberculosa. Colocado el paciente en decúbito supino y sin tener casi nunca en cuenta las fístulas que tal vez existan, se talla un colgajo ancho y lingüiforme de base superior, cuyo borde inferior más estrecho caiga como á una pulgada del vértice del trocánter mayor, en tanto que las ramas laterales, un poco divergentes, vendrán á ser paralelas á las fibras del músculo glúteo mayor, de tal suerte, que al profundizar el corte se respeten en lo posible dichas fibras. Después de seccionado el periostio en la base del trocánter mayor, se sierra el extremo prominente de éste oblícuamente de arriba y afuera hacia abajo y adentro, y hecho esto, se invierte hacia arriba juntamente con la inserción de los músculos glúteos, con lo cual se facilita muchísimo el acceso á la articulación.

La marcha ulterior de la operación se regula según la gravedad del caso. Si se llega desde luego á un absceso frío que se ha producido por rotura de la cápsula, se lavará su cávidad con una disolución de formalina al 1 por 100 y se frotará su pared con torundas secas y estériles. Hecho esto, se incinde transversalmente la cápsula y se luxa la cabeza, ó bien si hay anquilosis se sierra el cuello y se deja la cabeza en su sitio. Después se ex-

tirpa del femur todo y nada más que lo enfermo y se reemplaza lo extirpado con relleno yodofórmico. Ahora es cuando llega el momento más difícil de la operación, ó sea la circuncisión cuidadosa de toda la cápsula, juntamente con el limbo cartilaginoso, pero respetando en lo posible los músculos pelvianos transversales. Se pasa entonces á la pelvis, que se tratará de un modo análogo á como se ha hecho con el femur. Si se ha conservado el cuello del femur ó quizá una parte de la cabeza, se colocan estos restos, hasta donde sea posible, en la cavidad cotiloidea que se ha fraguado y se mantiene en ella, rellenando la cavidad con pasta yodofórmica y fijando el extremo del femur en esta pasta, que se solidifica lentamente; después se invierte hacia abajo el colgajo musculocutáneo, y el trocánter, que se había resecado temporalmente, se vuelve á unir, por medio de una guarnición metálica, con el femur. Cuando ha habido necesidad de sacrificar la cabeza y el cuello, también se llena con pasta yodofórmica la cavidad cotiloidea que se ha preparado. Pero así como los demás autores se esfuerzan en obtener una anquilosis ósea del femur decapitado con la pelvis, lo cual tiene el inconveniente de que la extremidad queda en abducción muy exagerada y, por lo tanto, la pelvis tiene que descender en el acto de andar, yo coloco el vendaje de modo que las piernas queden paralelas, y consigo con un acortamiento mínimo, el existente casi siempre antes de la operación y sin que quede después ninguna dislocación ó deslizamiento inconvenientes (por haber puesto mucho cuidado en conservar los músculos transversos de la piel) que quede por lo general una pseudo-artrosis resistente que, sin afectar á la firmeza de la pierna en los actos de andar y estar en pié, facilita mucho el acto de sentarse, siendo así que cuando hay anquilosis, el enfermo no puede sentarse más que sobre una nalga.

Con este motivo, he de impugnar el método operatorio recomendado por Lorenz y Reiner, análogo al que aconseja Bardenheuer para la resección de la rodilla, método que consiste en lo esencial en trazar dos cortes, uno anterior y otro posterior, dejar el trocánter mayor en sus conexiones con el femur y, hecho esto, sin abrir la articulación por fuera, disecar la cápsula de fuera adentro en su totalidad. Sólo entonces es cuando se extirpa la cápsula articular con el limbo cartilaginoso en su totalidad, sacrificando parcialmente los músculos pelvianos.

Para terminar, presento aquí cuatro casos, en parte muy graves, de coxitis que he operado según mi método y con muy buen resultado funcional.

El Dr. *Adolfo Lorenz* manifiesta que tanto él como el Dr. Reiner no dan gran importancia á la dirección de los cortes ni al hecho de respetar el trocánter mayor. Lo que conceptúa esencial en su procedimiento operatorio es la circunstancia de que se debe extirpar la cápsula en su totalidad y que se la debe disecar por completo de las partes blandas que la rodean y aislar perfectamente antes de proceder á abrir la articulación. En la rodilla no está justificado el procedimiento de Bardenheuer, porque es la articulación mayor y más accesible del cuerpo, y en ella puede extirparse á conciencia todo lo que se encuentre en estado patológico sin necesidad de semejante intervenciónn mutiladora. Pero en la cadera ya no sucede lo mismo. Mosetig da gran importancia al detalle de respetar los músculos pelvitrocantéreos. El autor, en cambio, no cree que esto reporte grandes ven-

tajas. Si en los casos de luxación congénita importa muchísimo respetar los glúteos, no sucede lo mismo en los casos de coxitis. La articulación defectuosa de un coxálgico ya no presenta puntos de inserción para dichos músculos, y en los mismos casos que acaba de presentar Mosetig se ve que la extremidad se halla en abducción y flexión, posición de contractura que ha de irse acentuando cada vez más. Los operados de Mosetig no sacarán grandes ventajas de su cadera movible, ó en su caso, de su pseudo-artrosis. Han conseguido quedarse con una articulación sumamente vulnerable y mal preparada para las exigencias de la vida diaria, pagando demasiado cara la ventaja de poderse sentar con más comodidad. Cree, por lo tanto, que en la coxitis es preferible con mucho la anquilosis á una pseudo-artrosis movible.—(*Wiener klinische Rundschan*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

La antitoxina diftérica en la meningitis cerebro-espinal epidémica. — El doctor E. Waitzfelder, ha tratado 17 casos de meningitis cerebro-espinal epidémica por la antitoxina diftérica inyectada á grandes dosis. Curaron cinco enfermos, murieron tres y nueve están en tratamiento; de estos, cinco han mejorado y cuatro se hallan convalecientes. Todos estos 17 enfermos, se hallaban en estado grave cuando se principió el tratamiento. Las inyecciones se hicieron en días alternos, en los casos más graves todos los días, en la región infra-escapular. Se inyectaron 6000 unidades de antitoxina á los niños de menos de cinco años, 8000 á los de cinco á doce años y 10.000 á los adultos. La inyección fué seguida casi siempre de descenso de la temperatura y del pulso y de mejoría del estado general. La administración de la antitoxina no produjo consecuencias graves. El Dr. Waitzfelder cree que si se confirman los resultados obtenidos, corresponderá al Dr. Wolf, el primero que empleó este tratamiento, el mérito de haber encontrado el medio de combatir con eficacia la meningitis cerebro-espinal epidémica, una de las enfermedades más funestas.

(*The Medical Record*).— F. TOLEDO.

Artropatías sifilíticas.—Según el Dr. Weisz, el goma sifilítico es muy difícil de diagnosticar, mientras no se descompone y provoca tan sólo la impresión de un tumor sólido, de dureza cartilaginosa ú ósea, pudiendo simular una periostitis, un condroma ó un sarcoma. En su marcha clínica hay también pocos síntomas característicos de la sífilis, puesto que la enfermedad puede seguir un curso agudo, subagudo ó crónico, con fiebre ó sin ella, afectando á una ó á varias articulaciones y con poco ó mucho dolor. El color de la piel puede ser normal ó estar alterado. La articulación aparece más ó menos hinchada, más ó menos dura y hasta puede la artropatía adoptar por completo el tipo de la artritis deformante.

En los casos agudos lo que más importa es establecer el diagnóstico diferencial con la poliartritis aguda. En los crónicos cabe la confusión con el reumatismo, la gota ó la artritis blenorrágica, ó también, principalmente

en los niños, con la tuberculosis. En los casos crónicos suele ser sumamente característica la circunstancia de que los dolores rara vez son violentos, y que aun en aquellos casos en que hay muchos motivos para sospechar la supuración, es muy poco marcada la tendencia á esta manera de terminar. En las artropatías sifilíticas agudas, generalmente se interesan pocas articulaciones, no suele haber fiebre ó es muy insignificante, el dolor no tiene casi nunca un carácter agudo y penetrante, no suelen afectarse el corazón ni los vasos, y por último, la medicación antirreumática no produce, por lo general, el resultado acostumbrado. A menudo se observa que el dolor se exacerba por la noche, lo mismo en los casos agudos que en los crónicos.

Si á pesar de todo no se puede establecer más que un diagnóstico de probabilidad y ha sido inútil la terapéutica empleada, se debe ensayar el tratamiento antisifilítico. Si éste da resultado, el diagnóstico se establece *a posteriori*. — (*Heilkunde*). — R. del Valle.

Método de extirpación ideal del apéndice vermiforme.— Las diversas modificaciones introducidas en el método de extirpación del apéndice vermiforme tienen tres objetos: 1.°, extirpar el apéndice sin infectar el peritoneo inmediato; 2.°, tratar la mucosa de modo que se impida la contaminación al cerrar la abertura hecha en el intestino; 3.°, disponer el muñón de manera que se evite todo peligro de infección después de cerrada la herida. Estas indicaciones se llenan con el método de Skene, en el que se usan las pinzas electrotérmicas y por el de Downes que emplea un angiotubo electrotérmico de su invención. Como no siempre se dispone de estos aparatos, Kelly recomienda el procedimiento siguiente:

Los aparatos que emplea son una pinza magulladora de su invención provista de escotaduras longitudinales en la superficie magulladora y de un cartabón encima. Esta pinza ejerce una presión grandísima, y además, usa un termocauterio ordinario de Paquelín.

Puesto el apéndice al descubierto se liga el meso-apéndice. Se hace una sutura circular con seda fina alrededor de su base y á 1 centímetro de distancia, pero sin apretarla. El apéndice es cogido por su base con la pinza y se magulla aplicando por delante (á distancia), otras ordinarias de forcipresión para evitar el derrame de su contenido. El apéndice se extirpa con el termocauterio entre las dos pinzas de modo que se desprende la parte sujeta con la pinza de arterias. Las pinzas magulladoras se aislan colocando gasa seca debajo de cada hoja de modo que su extremo forme una especie de cono aislado de todo contacto con el ciego. Después se pasa arriba y abajo la punta enrojecida del termocauterio por las escotaduras de las pinzas durante cuarenta á sesenta segundos de modo que se destruya todo vestigio de muñón y á la vez se calientan las pinzas para que la tira estrecha de apéndice magullado que queda sujeto entre las hojas de éstas se convierta en una substancia transluciente, en la que el calibre del apéndice desaparece por completo y no vuelve á abrirse. Hecho esto se aprieta la sutura, se invierte la base quemada y se une la mucosa sobre toda la superficie denudada cosiéndola con seda fina. La operación dura unos seis minutos. — (*American Medicine*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGIA PRÁCTICAS

DORSAL DISPLACEMENT (1)

POR EL

DOCTOR D. JULIO LARRÚ

Tocólogo primero, por oposición, de la Beneficencia municipal de Madrid, etc., etc.

El inexplicable silencio que guardan casi todos los clásicos en obstetricia respecto de esta interesante distocia, y la indiferencia con que la tratan los pocos que la mencionan, creo me faculta para disponer de la atención de los lectores de esta REVISTA.

Tan rara vez mencionada y tan insuficientemente tratada ha sido, que verdaderas autoridades en la materia, á quienes he consultado, la desconocían en absoluto; lo que no es de extrañar cuando los autores que acostumbramos á manejar, como Goulard, Charles, Moreau, Hatin, Velpeau, Ducan, Chailly-Honore, Cazeaux, Delettre, Campa, Scanzoni, Varnier, Barnes, Lusk, Charpentier, Delore, Lutaud, Auvard, Ribemont, Tarnier, Budin y Demellin, Valois, Depaul y otros que me callo por no abusar de la paciencia del lector, ni siquiera la mencionan.

Simpson fué el primero que la observó y la describió, aunque no con toda la atención que fuere de desear. Lamber la estudió después, si bien ignoro con qué extensión; así como tampoco he podido leer los trabajos periodísticos que Spiegelberg, Esiander y Barbour la han dedicado, al decir de Nocton. Playfair cita, á título de simple mención, un caso suyo y otro de Murray sin detalle alguno, y Budin y Tessier, Joulin y Schrœder se contentan casi con mencionarla. A esto queda reducido todo lo que nos ha sido dable conocer, después

(1) Desviación dorsal de brazo en presentación de vértice.

de pacientes investigaciones, respecto á la literatura de esta para nosotros interesante é importantísima distocia.

Simpson la dió el nombre de *dorsal displacement*, que creemos se debe respetar, no sólo por la respetabilidad de su eximio autor, sino porque otro cualquiera que pudiéramos darle, se presta á confusiones, so pena de pecar por largo. Consiste, según sabrán los pocos que en ella se han fijado, en la posición anómala de uno de los brazos del feto, por virtud, ó mejor dicho, por vicio, del que, dicho brazo se encuentra atravesado de una manera más ó menos exagerada sobre la nuca del feto (estando éste en presentación de vértice), y chocando con la sínfisis pubiana, como dice Simpson, y también con el segmento anterior del estrecho superior, como nosotros creemos, impide la progresión de la cabeza, y en ocasiones su encajamiento.

Como procuraremos demostrar, ni su pretendida rareza, ni su supuesta poca importancia, justifica el olvido en que la tienen la casi totalidad de autores, porque su frecuencia debe ser mucho mayor de lo que se ha creído, y de su importancia puede juzgarse con decir que debe exigir en ocasiones las intervenciones más cruentas de la obstetricia.

Sólo se explica ese silencio si se considera que los pocos autores que la mencionan, la confunden con las procidencias simples ó con la posición viciosa análoga, que frecuentemente se observa en presentación de nalgas.

Según mi humildísimo criterio, ambas opiniones son erróneas, porque ni su génesis, ni su escasa sintomatología, ni los obstáculos que origina ó puede originar, ni la conducta que impone, son idénticas, ni aun análogas á las de las distocias producidas por simple procidencia, ó por desviación de brazo en presentación de nalgas.

Posiblemente, y yo lo creo indudable, el *dorsal displacement* se inicia por una posición viciosa del brazo que predispone á su procidencia, lo mismo que á la situación que caracteriza esta distocia; posiblemente también, en esta anómala posición se verifica el desprendimiento del brazo con la cabeza, siempre que origina distocia; también es cierto que el brazo adopta en el *dorsal* una situación análoga á la que en varias ocasiones dificulta ó imposibilita el parto natural en presentación de nalgas; pero en estos casos, la distocia que origina es, clínicamente considerada, ajena en absoluto á la que ocasiona el *dorsal*, porque hemos dicho, y repetimos, que todos los elementos de su historia son diferentes. Esta distocia exige, por tanto, una independencia absoluta, y exige ante todo que lo

clásicos del porvenir no la olviden como los presentes y pasados la han olvidado, ó no la traten con la ligereza que la han tratado los pocos que se han dignado mencionarla.

Su frecuencia, como ya manifestó Simpson, y á juzgar también por los dos casos que he observado en el intervalo de quince meses, debe ser mucho mayor de lo que se ha creído. De mí se decir que tengo la evidencia de haber asistido bastantes casos antes de dedicarme especialmente á la práctica de la tocología, en los que la lentitud, y en ocasiones la detención del parto, debía obedecer á esta causa, porque estos casos coincidían con los que recuerda Simpson al citar el de Campel; casos en los que, á pesar de la amplitud pelviana y de las pequeñas dimensiones de la cabeza, sin que nada hiciera sospechar el origen de la distocia, ni antes ni después del parto, éste se detuvo, obligando en ocasiones á practicar una craniotomía.

Hace prever la frecuencia de esta distocia, la estadística de Vinkel, respecto á las procidencias. Este autor, según tengo leído, es el único que cita, aunque incompletamente, la situación respectiva de los miembros en las procidencias. Pues bién, incluyendo todas sus variadas formas, indica que en casi la mitad de los casos *la mano estaba sobre el cuello*, dato de grandísimo valor para juzgar de la frecuencia del *dorsal*, dada la génesis que suponemos con fundamento, debe tener.

En efecto, aunque no admitamos que el *dorsal* pueda ni deba confundirse á título de distocia con las procidencias simples, si hemos indicado que se debe iniciar por una posición anómala que puede evolucionar unas veces hacia la procidencia simple y otras hacia el *dorsal*; es decir, que su período, digámoslo así, preparatorio, debe ser análogo.

Ahora bien, si en la posición anómala inicial la mano se dirige á la parte lateral ó anterior de la cabeza, lo natural es suponer que la resultante de la energía uterina actúe longitudinalmente sobre el brazo y codo del feto y origine la salida del miembro con ó antes que la cabeza; pero si está *colocada sobre el cuello*, es natural suponer también que la dirección de la mano y antebrazo sea más ó menos transversal, y por tanto, actuando, como necesariamente tiene que actuar, la energía uterina sobre el brazo y codo, también más ó menos transversalmente, ha de dirigir la mano y antebrazo hacia adelante y á la línea media de la madre. Sea el occipucio del niño ó sea el pubis, impide, aunque no en absoluto al parecer, que la mano

ó parte de ella rebase el estrecho superior antes que la cabeza, pero á juzgar por lo que yo he observado, el dorsal debe presentar en el mayor número de casos laterocidencia de la mano, prueba que la energía uterina se ejerce ante todo en la dirección de la hilera genital; pero, como repetimos, el occipucio ó el pubis impide la procidencia simple, necesariamente tiene que quedar constituído el dorsal, porque la mano con tendencia á desviarse no debe ser fácil ocupe la parte anterior del cuello. Esto no debe ser imposible, sobre todo en nalgas, y si posible fuere, posible es también que diese lugar á otra distocia, y esa sí que sería inédita por completo.

Luego si la colocación de la mano detrás del cuello representa por sí sola la mitad de las procidencias, y esta posición necesariamente tiene que originar el *dorsal*, si no se reduce espontánea ó artificialmente, presumiremos la frecuencia que debe tener tal distocia y lo desacertados que andan los autores que, como Joulin, admiten su extrema rareza.

Además, si recordamos que la distocia fetal, excepción hecha de las excepcionales monstruosidades, tumoraciones patológicas y complicaciones del embarazo gemelar, se caracteriza por aumento de volumen de la cabeza, presentiremos que no sólo esta distocia debe ser mucho más frecuente de lo que permitiría creer el olvido en que se la ha tenido, sino que su diagnóstico no debe ser tan difícil que justifique su desconocimiento. Tengo para mí que la dificultad estriba en ese desconocimiento, ó aun conociéndola, en la obsesión que nos produce su supuesta rareza. Buena prueba de ello es que yo sin conocerla me dí perfecta cuenta de ella, y para asesorarme si era el único que la ha observado, hube de enterarme de casi la totalidad de su escasa literatura.

Dicho esto, siquiera sea para justificar el sitio que ocupamos en estas páginas, relatemos los dos casos que nos han servido de incentivo para este trabajo.

El primero se refiere á una primípara de veinte años, sana, robusta y de pelvis amplia, pero cuya curvadura anterior era un tanto exagerada.

Llamado seis días antes de verificarse el parto, esta mujer se quejaba de una polaquiuria que, á juzgar por sus manifestaciones, debía llegar á la disuria y aun estranguria, pero sin existir retención vesical.

Inspeccionado su vientre, se percibía la dirección longitudinal de su mayor diámetro uterino, sin la tendencia á lateralizarse hacia

la derecha, que por lo regular se observa; pero lo que llamaba más la atención era el abultamiento suprapubiano, cuya piel y tejido celular estaban como infiltrados, hasta el punto de hacerme sospechar en principio un embarazo gemelar, hidramnios ó albuminuria, ideas que bien pronto deseché por el resultado del reconocimiento.

Palpando el fondo uterino se apreciaban las dos tumoraciones producidas por las nalgas á la izquierda, y pequeñas partes fetales á la derecha, percibiendo sin duda alguna el plano dorsal á la izquierda y el foco de auscultación en el sitio correspondiente y bastante bajo, por lo que no existía duda tampoco se trataba de una primera de vértice; pero lo notable era la imposibilidad de circunscribir la parte anterior de la entrada de la pelvis, lo que no acababa de explicarme la sola infiltración suprapubiana, puesto que en obesas, albuminúricas, vientres péndulos, etc., jamás había encontrado un obstáculo tan insuperable para circunscribir este borde. Confieso que no percibí abultamiento alguno que me hiciera pensar en el codo del feto, y por tanto, no me pasó siquiera por la mente pudiera tratarse de esta distocia.

Verificado el tacto, era notable la exageración de la dirección fisiológica del cuello en estado grávido hacia atrás, de tal modo que era difícil alcanzarle. Era notable también el grado de encajamiento, ó si se quiere de *amorcement*, como dirían los franceses, ó de *abocamiento*, como pudiéramos decir nosotros; pero era más notable todavía la orientación de dicho cuello hacia la izquierda, dada la dirección del eje uterino. Efecto de tal orientación y encajamiento la prominencia del segmento antero-inferior era tal, que hacía pensar si Depaul estaría en lo cierto al admitir la dilatación sacciforme.

A los pocos días se presenta el parto, invirtiendo uno en dolores preparantes, iniciándose la dilatación á las seis de la tarde y no siendo completa hasta las cinco de la mañana. Durante el período de dilatación se exagera el abultamiento suprapubiano, así como la desviación del cuello y prominencia del segmento antero-inferior al principio de dicha dilatación. La bolsa de las aguas, mal llamada así en este caso, porque ni era bolsa ni contenía agua, era no solamente plana, sino que estaba como atirantada y aplicada íntimamente sobre la cabeza. Se rompe á las doce de la noche, cuando la dilatación sería de 4 centímetros, y antes de llegar ésta á ser completa, el labio anterior se pone muy edematoso. Desde el principio del parto la mujer siente un dolor constante en el hipogastrio, que

aumenta con los dolores, así como también con la intensidad de éstos, y según dice, *no la deja apretar*. Este dolor, aunque no violento, ya existía durante los últimos tiempos del embarazo, lo que dificultaba también el reconocimiento

Huelga manifestar que sondé á la mujer repetidas veces, sin extraer cantidad notable de orina.

Los dolores expulsivos toman un carácter que merece fijar nuestra atención, porque idéntico tomaron en nuestro segundo caso y pudieran tener algo de característico en la distocia que nos ocupa. Eran dolores, digámoslo así, *abortados*, es decir, se iniciaban, parecía que iban á ser fuertes y efectivos y desaparecían rápidamente antes de llegar á su período álgido. No obstante èstos dolores unidos al constante suprapubiano, fatigaban á la mujer, y si bien en los últimos no se percibía tuviesen acción alguna sobre la cabeza, ésta había descendido muy lentamente, siempre deflexionada y bajando cada vez más el bregma, hasta casi tocar el periné posterior, y en este momento la atonía se convierte en inercia.

Había llamado grandemente mi atención el insólito espacio que mediaba entre el pubis y la cabeza, espacio que, al revés de lo que ocurre generalmente, aumentaba á medida que descendía la cabeza, lo que no me explicaba, ni la curvadura del arco anterior, ni la del segmento temporoparietal. Este espacio me permitió practicar, sin grandes molestias para la mujer, un tacto relativamente profundo, aunque no manual, y mediante él aprecié un surco ó, mejor dicho, pliegue, también profundo, por el que introducía fácilmente mis dos dedos, y rebordeaba por su parte anterior una superficie cilíndrica. Continuando este surco hacia la izquierda de la madre, percibí con claridad, hacia afuera de la eminencia ileopectínea, dedos laterocidentes. Hacia la derecha, y casi al nivel de la espina del pubis, apreció, profundizando más, un abultamiento á modo de prominencia cifótica en mal de Pott, que á todas luces era el codo.

Aunque la inercia me permitía no hacer de mi espectación *cuestión de relojería*, como diría Budin, me apresuré, en vista del reconocimiento, á practicar una aplicación de forceps, cuya presa y articulación, dado el descenso y pequeñez de la cabeza, fué sencillísima, verificándose la rotación interna al colocar la rama izquierda. Aunque tenía colocados los lazos, creí que la tracción y elevación de los mangos sería suficiente para desprender dicha cabeza, pero me equivoqué, encontrando una resistencia inesperada. Por el contrario, efectuando la tracción sobre los lazos, con un esfuerzo rela-

tivamente insignificante apareció la cabeza en la vulva, los mangos se dirigieron hacia arriba y se desprendió la cabeza al mismo tiempo que la mano, la cual venía cubriendo la oreja izquierda del feto. Este era una niña muy pequeña, cuyo peso no llegaría á 2.500 gramos.

Nada de particular ocurrió inmediatamente después del parto ni en el puerperio. No observé la tendencia que presentaba el brazo en el caso de Simpson á adoptar la posición anómala que había tenido en el claustro materno, pero sí un estado parésico que me permitía darle la posición que había adoptado antes del parto, sin que la niña procurase corregirla. Este estado parésico despareció rápidamente en los primeros días.

Mi segundo caso se refiere á una señora de veintiocho años, III para, delgada y algo baja, pero bien conformada, sin curvadura pronunciada del arco anterior, y cuyos partos habían sido normales, aunque enojosos.

Reconocida repetidas veces durante el embarazo, diagnostiqué también una OIIA, sin género alguno de duda, pues las paredes abdominales permitían reconocer al feto como si se tocase directamente. Por lo tanto, tengo la absoluta seguridad que no existía, dos días antes de presentarse el parto, anormalidad alguna, puesto que todavía se podía pelotear algo la cabeza por encima del estrecho superior.

Nada ofreció de particular el parto en su período de dilatación, á no ser abombamiento exagerado de la bolsa, que me extrañaba, dado lo ocitócico de la presentación y posición; sin embargo, resistió hasta la dilatación completa, lo que me obligó á romperla, claro está en pleno dolor, saliendo aun así gran cantidad de líquido amniótico que siguió perdiéndose en abundancia. Compruebo la posición así como aprecio perfectamente la deflexión de la cabeza.

Desde este momento cesan los dolores por espacio de más de media hora, y cuando se presentan ofrecen el carácter típico de *abortados*, ya citado.

Apenas había pasado el biparietal el estrecho superior, y aun teniendo esta señora un arco anterior normal, se podían introducir fácilmente dos dedos por detrás de la sínfisis pubiana y percibir con claridad á su izquierda los dedos de una mano fetal, así como seguir la extremidad de izquierda á derecha, pero sin llegar al codo que, por el contrario, era fácil reconocer por palpación. Reduje con suma facilidad dicha mano, manteniéndola reducida hasta que se presen

taron dolores, lo que no sólo se verificó rápidamente después de la reducción, sino que con sólo cuatro se verificó el descenso, rotación y expulsión de la cabeza. Aun así, la mano salió inmediatamente después y detrás de la oreja derecha del feto, el cual era un niño de 3.200 gramos de peso.

En el caso de Simpson, se trata de una mujer IX para, que había tenido todos sus partos anteriores rapidísimos y felices. En el décimo empezó la dilatación á las cuatro de la tarde, no siendo completa sino á las diez de la noche y habiéndose roto las membranas una hora antes. A las seis de la mañana la cabeza seguía en el estrecho superior. La enferma se debilitaba. Cloroformizada, se encontraron las partes blandas flexibles; cabeza del niño de proporciones ordinarias; cara dirigida á la sínfisis sacro-ilíaca izquierda, posición rara, pero que no explicaba la lentitud del parto. Introduciendo el dedo á mayor profundidad, se tocó detrás de la oreja izquierda del feto un cuerpo saliente (codo del niño), siguiendo éste hacia adelante se tocó el antebrazo izquierdo colocado detrás de la nuca. Simpson llevó la mano del feto hacia abajo y adelante, pretendiendo transformar la presentación en una de vértice y brazo (sic), creyendo terminar el parto sin intervención, pero no avanzando gran cosa y disminuyendo los latidos fetales á 78, practicó la versión podálica. El niño sobrevivió, conservando durante varios días la posición anómala del brazo. La circunferencia occipitofrontal era de 35 centímetros y de 38 cuando el brazo se colocaba en la posición dicha. La circunferencia de los hombros era de 33 centímetros. El niño pesaba 2.706 gramos.

No conociendo los trabajos de Lamber (*Edim. Obs. trans*, 1872), y de Barlow (*Edim. Jour.*, 1897), ignoro si son éstos los únicos casos detallados que registra la ciencia, prescindiendo de los casos de Long, Playfair y Murray, de los que sólo figuran simples citas; pero refiriéndonos á ellos, procuraremos obtener las enseñanzas que nos faciliten.

Lo primero que llama la atención es, que en estos tres casos figura una derecha anterior, que unida á la del caso de Long, único detalle que en él se cita, son dos; lo que dada la rareza de tal posición es digno de notarse. También es de notar que en los tres casos, el brazo colocado en posición anómala fué el anterior, en lo que coincide esta distocia con su análoga en presentación de nalgas. En ninguno de ellos se observó viciación pelviana ni hidramnios, vientre péndulo, etc.; pero sí en dos pequeñez fetal.

Simpson no habla en su caso de reconocimiento durante el embarazo, así como del caso de Long no se dice sino que percibió el abultamiento formado por el codo, ignorando si fué en pleno trabajo ó durante el embarazo, por lo que dichos casos no pueden servirnos para dilucidar si el *dorsal displacement* es primitivo ó secundario. Por el contrario, mis dos casos demuestran, sin duda alguna, que esta anómala posición puede ser primitiva y secundaria. Lo que no nos dicen, pero sí nos hacen vislumbrar, es, si primitiva en las primíparas, es generalmente secundaria en las multíparas. Esto nos hace sospechar, por lo menos, la obligada génesis que yo considero en esta distocia.

(Concluirá).

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Empleo del aceite para evitar el polvo en las habitaciones. — II. Crecimiento de la población de Nueva-York. — III. Profilaxis de la pasteurilosis ovina. — IV. Acción mortal de las corrientes eléctricas. — V. Intoxicación causada por los tomates.—VI. Varias características étnicas del pueblo japonés. — VII. Agentes productores de la disentería.— VIII. Los microbios del suelo y los vegetales alimenticios. — IX. La máquina *linotipo* y la intoxicación plúmbica de los tipógrafos.—X. La llamada anemia especial de los mineros.

I. Lode, en 1899, propuso untar de aceite los suelos de las habitaciones, para que se adhiriesen los gérmenes y se purificase el ambiente. Desde entonces los ensayos y aplicaciones han sido numerosos, empleándose diversos aceites proporcionados por varias casas industriales.

Kottgen y Steinhaus, han hecho experimentos en varias escuelas con el principal objeto de conocer si era posible reducir el número de días que permanecen cerradas las escuelas en Prusia, con motivo de los casos de escarlatina (seis semanas) y de difteria (cuatro semanas). Se han valido de salas de 50 metros, han empleado para cada una 4 á 5 kilógramos de *Deutschen Jussboden* ó de *Duettessols*, y han tenido en cuenta el número, no la calidad de las bacterias.

El examen comparativo de salas con aceite y de salas sin él, dió por resultado una notable mengua de bacterias en aquéllas, aun cuando las clases no quedaran desocupadas, mengua que á las doce semanas era todavía de la mitad. Si se une á este procedimiento, ya que no la desinfección, una limpieza completa, las bacterias quedan reducidas á un quinto.

El precio de coste, dada una sala de 50 metros cuadrados y suponiendo se ponga el aceite cada trimestre, es de unas 25 pesetas, incluso la mano de obra (*Centralb. für allgem. Gesundheitspflege*, 1904).

II. Admiran los progresos realizados por algunas poblaciones norte-americanas. Un solo aspecto.

Nueva-York, de 3.400.000 habitantes, según el último censo, y que dada la ley de su crecimiento llegará á 4.000.000 en 1910 y á 6.200.000 en 1920, dispone hoy de millón y medio de metros cúbicos de agua diarios, que proceden del río Croton, y que debiera mejorarse mediante la filtración. Esta enorme cantidad se procura aumentarla hasta 1.900 000 m³, aprovechando los afluentes al Hudson; de ser así, cuando llegue la población á la gran cifra prevista para 1920, tendrá cada habitante 750 m³, cantidad á que alcanzan raras poblaciones. Los depósitos pueden contener hoy 12.000.000 m³, y se los aumenta hasta la capacidad de 20.000.000; una vez instalados los de Croton y los de Hudson, podrán guardar más de seiscientos cuarenta millones.

Comparando, resulta París con 300 000 m³ diarios, que durante el verano se elevan á 350.000. En los depósitos sólo caben 600.000.

III. La pasteurilosis ovina, frecuente en la República Argentina, en donde se la conoce con el nombre de *lombriz*, por la errónea creencia de que los helmintos son la causa de la muerte, ha sido objeto de estudios por Signières, director del Instituto nacional bacteriológico de Buenos Aires Las medidas profilácticas que propone son (*La Semana médica*, 1904):

1.ª Prohibición del ingreso de reses enfermas en las majadas sanas, examinando las que hayan de ser compradas y sometiéndolas á un mes de aislamiento antes de que se unan á las otras por sanas que parezcan.

2.ª Aislamiento inmediato de las enfermas y observación cuidadosa de todo el rebaño, que no debe comunicar con otros.

3.ª Diseminación en campos libres de los animales sanos de un rebaño infecto.

4.ª Vigilancia extrema, aislamiento y hasta sacrificio de todos los animales *muy flacos* ó anémicos.

5.ª Vacunación de los corderos en cuanto estén bien precisados los procedimientos hoy en estudio, respecto á los cuales hay fundadas esperanzas.

IV. Reuniendo las observaciones de otros autores y las suyas propias, el Dr. P. Galimard ha redactado su tesis de doctorado: *Effets mortels des courants électriques* (Lyon, 1904), sintetizadas en estas conclusiones:

1.ª Las corrientes continuas matan por parálisis del corazón. La muerte sólo ocurre en el hombre cuando la corriente tiene una tensión muy grande (más de 1.500 voltios). Los trastornos nerviosos son tanto más graves cuanto más elevada es la tensión y más prolongado el contacto. Las sacudidas de abertura y cierre no son necesarias para determinar los temblores fibrilares del corazón.

2.ª Las corrientes alternativas pueden causar la muerte, ya por parálisis cardíaca, ya por inhibición del centro nervioso respiratorio, según sea la tensión, débil ó fuerte. El máximum de peligro corresponde á las corrientes que tienen de 39 á 150 períodos por segundo, precisamente las que la industria utiliza en general.

3.ª La autopsia no revela lesión alguna característica de la causa de la muerte eléctrica.

4.ª Las descargas eléctricas estáticas determinan la inhibición del centro respiratorio, y á las veces la parálisis del corazón.

5.ª La muerte provocada experimentalmente en los animales con la aplicación directa de las corrientes de gran frecuencia sólo puede explicarse por la inhibición de los centros nerviosos respiratorios.

6.ª Las corrientes farádicas son incapaces de causar la muerte por su débil tensión. Cuando la muerte es debida á parálisis cardíaca, no hay medio alguno de volver las víctimas á la vida; cuando sólo hay inhibición, la respiración artificial y las tracciones rítmicas de la lengua bastan frecuentemente para reanimarlas.

V. El Dr. L. Paradis narra varios casos de intoxicación, que atribuye al uso de tomates insuficientemente maduros (*Lyon médical*, 1904).

Los cuatro primeros se refieren á un matrimonio y dos hijos que, estando sanos, empezaron á notar á las dos horas y media de haber comido tomates verdes, cólicos violentos y diarrea abundante; dos de ellos y uno de los hijos estaban muy abatidos, y casi todos, en especial el padre, tenía dilatación de la pupila. No encontrando por

parte alguna causa que motivara la intoxicación, la atribuyó á los tomates. En otro caso posterior ha ocurrido lo mismo.

Como el tomate (*Licopernium solanum*) es una solanácea, cree Paradis que en las condiciones mencionadas puede ser venenoso, como lo son las patatas verdes y las averiadas. Si mis noticias son completas, éstas son las primeras observaciones que señalan la posibilidad de esta suerte de intoxicación.

VI. Los japoneses, descubiertos *ahora* por no pocos, tienen varias características étnicas morbosas, debidas á sus buenas costumbres.

Beben té, es verdad, sin leche ni azúcar, pero su bebida favorita es el agua, de la que usan á discreción. Se abstienen por completo de bebidas alcohólicas y su sobriedad es notoria: el arroz y el pescado, fresco ó seco, son la base de su alimentación, no siendo ésta muy abundante. Toman dos ó tres baños diarios. Con éstos y con la abundante agua ingerida, lavan varias veces al día su organismo, favoreciendo la eliminación de toda suerte de resíduos y teniendo siempre presto el riñón.

Resulta de ello que no padecen de artritismo ni de gota, y que sus heridos, aparte de la indiscutible valía de la rápida cura antiséptica hecha en los primeros momentos con materiales tan sencillos como útiles (ceniza de paja, etc.), no sufren apenas complicaciones de ninguna suerte, excepto los aneurismas, obra de los proyectiles modernos. Y resulta también que su limpieza es completa por dentro y por fuera, no siendo, por tanto, de extrañar que los europeos tengan para ellos un olor molesto, *sui generis*, que llaman *olor de europeo*, olor que honra poco á la culta y sucia población europea.

VII. Verdun, profesor de la Facultad de Medicina de Lille, ha publicado el estudio más completo y más detenido entre los de nuestros tiempos sobre la disentería (*Quelques aperçus sur l'étiologie de la dysenterie. L'Echo médical du Nord*, 1904, varios números). Las conclusiones son las que siguen:

1.ª La disentería aguda es una disentería bacilar y depende de una causa única: la presencia del *B. dysenteriæ* en el intestino.

2.ª Este bacilo posee diversas variedades ó razas, que se distinguen entre sí por la exageración ó supresión de uno ú otro carácter de los que existen normalmente.

3.ª Este bacilo se asemeja mucho morfológicamente al colibacilo, pero es distinto de él por sus caracteres vegetativos y bioquímicos que le colocan muy cerca del bacilo tifoideo.

4.ª Estos tres bacilos forman tres especies de un solo grupo.

5.ª Hay afecciones intestinales muy semejantes á la disentería, pero producidas por diversos microorganismos, distintos del bacilo disentérico. Estos microorganismos, ó bacilos pseudodisentéricos, parecen ser variedades del colibacilo.

Algunas consideraciones añade el autor.

Hay, en resumen, dos clases de disenterías:

A) La *bacilar*, generalmente aguda, contagiosa y epidémica por excelencia. Es á las veces superaguda y capaz de matar en dos á cuatro días, á la manera de las septicemias, quizás por generalizarse y entrar el bacilo en la sangre, como parece probar su presencia en las deposiciones y en los órganos (Rosenthal) y en la sangre de los disentéricos graves (Lesage y después Métin encontraron su cocobacilo).

La disentería es una *toxemia* y no una *septicemia*. Después de la inyección bajo la piel de un gato de cultivos esterilizados por el calor ó filtrados, aparece en el intestino una inflamación típica, análoga á la disentería humana. Esta toxina es una toxoproteína (Celli y sus discípulos).

En la evolución de las lesiones hay dos etapas distintas: período de *inflamación generalizada* y período *ulcerativo*, que corresponden á las dos formas clínicas descritas por Councilmann y Lafleur, con los nombres de *disentería catarral* y *disentería difteroide*. Esta última se puede convertir en la *gangrenosa*, determinación fatal. La disentería puede curar en el primer período.

B) La *amibiana*, cuya característica es la cronicidad y que difiere de la bacilar por su aspecto clínico, las lesiones, el punto de residencia de éstas, y, sobre todo, por su causa.

Con este concienzudo estudio, Verdún ha puesto orden en la revuelta etiología de la disentería y derramado luz sobre muchos puntos obscuros.

En confirmación de las precedentes afirmaciones, anoto lo que se desprende de los experimentos de Racynski, Profesor de la Universidad de Cracovia, hechos de Nowak y Droba. Estos autores opinan que la disentería es producida por el bacilo de Shiga y Krauss, según han visto en los perros, gatos y conejos, en los cuales determinaron síntomas similares á los del hombre. Continúan sus investigaciones en busca de un suero que cure esta infección.

VIII. Alfredo Monara ha realizado un estudio interesante: averiguar si los microorganismos del suelo y especialmente los de los abonos pueden encontrarse, no sólo en la superficie, sino en el inte-

rior de los vegetales. En este camino le precedieron Wurtz y Bourges y más tarde Kornauth.

Sus primeros experimentos, muy bien conducidos, le revelaron la presencia de los gérmenes prodigiosos y de varios cocos pequeños y ovales dentro de diversas especies comestibles. Después ha encontrado el colibacilo no modificado en su virulencia.

En resumen, á pesar de la acción desinfectante de la luz solar y de los lavados que realizan las aguas de lluvia, puede haber en los alimentos vegetales microbios en su interior que no son arrastrables por lociones que se hagan y que obligan á recomendar de nuevo la cocción para que resulten inofensivos. (*Rendiconti della Asoc. méd. cirurg. di Parma*, 1904).

IX. La máquina llamada *linotipo* ha reducido en gran manera el número de accidentes ocasionados por el saturnismo en los tipógrafos; pero no los ha suprimido porque los vapores que se desprenden del metal en fusión son todavía un peligro evidente. Buena prueba de ello es el caso referido por Leslié Roberts (*British Journal f. Dermat.*, 1904), y observado por Paz.

Al año de trabajar con la máquina *linotipo* un obrero de veintinueve años, comenzó á quejarse de dolores en los miembros é hiperalgesia en los dedos, astricción de vientre y sudores excesivos. Esta situación persistía tres años y medio, mejorando en las temporadas en que el enfermo no trabajaba. Los sudores de las manos continuaron con profusión, la palma y los dedos se pusieron rojos y en las eminencias tenar é hipotenar brotaron pequeñas pápulas pálidas. Temiendo se tratase de un caso de arsenicismo, Paz interrogó á los fabricantes, quienes demostraron que la pasta metálica se componía sólo de estaño, antimonio y arsénico.

Bien depurados los hechos y sobre todo realizado el examen histológico de la piel, se admitió el diagnóstico de envenenamiento por el plomo (visto en la orina) y el antimonio, quizá más de éste que de aquél, dando lugar esta especie de hibridismo al raro caso clínico.

Se desprende de este hecho que, á pesar de tratarse del *linotipo*, se ha de colocar ventiladores sobre el recipiente que contiene el metal en fusión para apartar sin demora los vapores que se desprenden.

X. El Dr. Bourillet, de Bezcuet, escribiendo un buen trabajo sobre las causas de la anemia de los mineros, con motivo de una comunicación presentada á la Academia de Medicina por el Dr. Fabre, de Commentry, de acuerdo con las ideas de éste, deduce:

1.° No hay anemia especial de los mineros.

2.ª El trabajo de las minas, en buenas condiciones higiénicas, no produce anemia más que otros trabajos.

3.ª Los mineros pueden sufrir anemias secundarias, consecutivas á intoxicaciones, envenenamientos, cansancio ó asfixia, pero estos accidentes son debidos á las malas condiciones en que los trabajos son realizados.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR DON JERÓNIMO PÉREZ ORTIZ

Médico del Hospital Militar de Madrid.

I. La experiencia de 500 hernias operadas, por el Dr. Ortiz de la Torre.
II. Intervención quirúrgica en las afecciones del pulmón, por el doctor M. Trallero.

I

Por regla general los folletos, las monografías y las tesis son poco leídas en España, aunque en general son y constituyen documentos científicos de gran interés y que en otros países, como en Francia, Alemania é Inglaterra, tienen una gran aceptación. En España, el autor de un trabajo de este género casi siempre se ve obligado á regalar los ejemplares entre un círculo reducido de amigos, sin darle publicidad, sin que pueda propagar su utilidad ó su mérito, y el trabajo que cuesta hilvanar una labor de recopilación para confeccionar un libro pequeño. Modelos de este género son las recientes publicaciones de los Dres. Ortiz de la Torre y Trallero, de las que vamos á ocuparnos en este artículo bibliográfico.

Tan importante como desde su punto de vista práctico como bien escrito, es el último trabajo del ilustrado cirujano del Hospital Provincial; á falta de otras obras, la presente sería más que suficiente para colocar á su autor entre nuestros primeros cirujanos. El título del trabajo patentiza ya el conocimiento que tiene el Dr. Ortiz de la Torre de la materia que trata. Principia criticando la denominación francesa *Cura radical*, que sustituye por la de *Obliteración*, pues, como dice muy bien, no es un término absoluto, porque no puede negarse que hay hernias operadas que se reproducen; para juzgar este asunto sirven muy poco las estadísticas, por ser imposible exa-

minar todos los operados por cada cirujano. El término medio de 10 por 100 que se asigna, tiene á juicio del Dr. Qrtiz de la Torre, muy poco valor para servir como indicación y contraindicación operatoria; es necesario fijarse más especialmente en las causas que motivan las reproducciones, como son el tamaño, las inflamaciones del saco, la abertura desmesurada del trayecto herniario, la falta de tonicidad de las paredes abdominales y el sistematizar el proceder operatorio por un determinado procedimiento, pues no sólo no sirve para todos los casos, sino que sus defectos son causa de la reproducción de la hernia, sin contar que los cuidados post operatorios dependen en gran parte del éxito curativo de las indicaciones de la operación radical.

Al ocuparse de las hernias congénitas en sus distintas variedades, hace acertadas reflexiones sobre su intervención terapéutica, manifestando que, excepto en casos raros, la lesión en los primeros años de la vida tiende á desaparecer. No es, por lo tanto, partidario de la operación más que en aquellos casos en que la hernia aumenta de volumen y es imposible su reducción, ó es dolorosa; por lo demás, afirma que el niño soporta bien la operación. Las hernias de los adolescentes son todas susceptibles de ser operadas con éxito, á causa de la gran vitalidad de los tejidos en esta época de la vida, aunque tanto en la primera edad como en la edad madura, las indicaciones operatorias se deducen más de las condiciones de la hernia, y la que á causa de estar expuesta á la estrangulación debe ser operada para hacerla desaparecer, puesto que *jamás* puede curar radicalmente sin la operación.

El Dr. Ortiz de la Torre, al ocuparse de los diferentes procedimientos operatorios, afirma que el prototipo de éstos es el de Bassini, pues á pesar de ser una operación laboriosa y pesada en su ejecución y exponer á compresiones los elementos del cordón, *es el más anatómico* y más eficaz de todos los ideados hasta ahora, debiéndose tener en cuenta que sólo en presencia de una hernia al descubierto es como debe elegirse el procedimiento que ha de emplearse.

El distinguido cirujano del Hospital Provincial describe un procedimiento suyo, que denomina *Procedimiento de desplegamiento de la aponeurosis del oblicuo.*

El procedimiento no puede ser más ingenioso, más sencillo en su ejecución, y por lo que se relaciona con la acción contentiva del plegamiento, dice el Dr. Ortiz de la Torre:

«Basta haber visto una vez una de estas operaciones y haber pro-

vocado vómitos al enfermo con la región al descubierto, para convencerse de que resiste los embates de la presión intra-abdominal por muy violentos que sean. Esta demostración la he repetido innumerables veces á los que han presenciado mis operaciones».

Por lo expuesto, nuestros ilustrados lectores podrán apreciar la importancia é interés que reporta la lectura de este folleto, sobre todo para el cirujano, que debe apreciar la especialidad práctica del autor en estas intervenciones, y que casi podemos asegurar es el que reune mayor estadística.

Además de lo que dejamos extractado, se ocupa de otras cuestiones relativas á la técnica operatoria, anestesia general, anestesia local, asepsia, intervención en las hernias abdominales, etc.; en una palabra, mucha cirugía práctica enumerada en muy pocas páginas, que comprende todo lo que se relaciona con la llamada *Cura radical*. Nuestras felicitaciones al Dr. Ortiz de la Torre.

II

La Monografía del Dr. Trallero consta de cuatro capítulos, donde estudia la importancia de la cirugía del pulmón, la anestesia, etc. Como anestésico prefiere el cloroformo, y en casos determinados la termo-eterización por el procedimiento del Dr. Morales Pérez. Al ocuparse de la asepsia y de la antisepsia, aconseja la primera, por la gran propiedad absorbente del pulmón; estudia sus indicaciones y contraindicaciones, según la naturaleza de los casos, bien se trate de neoplasias del órgano ó de focos purulentos ó gangrenosos. Dice en uno de sus capítulos y al ocuparse de la multitud de contraindicaciones que hay en la práctica de la cirugía pulmonar, *que ésta no obedece á las mismas leyes que la Cirugía general*. La neumo-ectomía no ha tomado carta de naturaleza en la hemorragia pulmonar; sólo se interviene en los casos favorables y únicamente practicando la neumotomía cada vez con más frecuencia; está indicada de un modo especial en los quistes hidatídicos, en la gangrena y en los abscesos del pulmón; en cambio, en las bronquiectasias cavernosas sólo debe practicarse en casos favorables y sin esperanza de curar por completo al enfermo. La propagación de los procesos morbosos á la pleura y á los ganglios bronquiales y mediastínicos, hace más urgente la operación cuando es invadida la primera, en tanto que en presencia de los segundos contraindica la intervención en casi todos los casos. Describe la técnica general y especial de cada una de estas intervenciones y sus modificaciones necesarias en algunos

casos particulares. Expone la estadística de gran número de cirujanos para demostrar el resultado de las operaciones en relación á la lesión que ha sido intervenida.

El trabajo del Dr. Trallero revela haber estudiado bien todo lo relativo á las intervenciones quirúrgicas del pulmón, pues algunas omisiones que se notan en indicaciones especiales, es debido á que todo lo consignado de cirugía pulmonar está diseminado en periódicos y revistas y es muy difícil el poder hacer un trabajo completo de recolección. Hay que felicitar de todas maneras al Dr. Trallero por la labor emprendida y que justifica la nota de sobresaliente obtenida en el ejercicio de su grado.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 1.° de Mayo de 1905.

Técnica de la litotricia y exposición de varios casos prácticos. — El doctor Barragán: Esta es una operación de importancia; indicada en los cálculos pequeños de la vejiga y en los de tamaño medio y poco duros, requiere una gran práctica en el cateterismo y otras condiciones de interés. Antes de la pubertad se hará solamente cuando los cálculos sean pequeños y fácilmente desmenuzables; después de la pubertad la prefiere en dichas circunstancias porque conviene escatimar las tallas, tanto perineales como hipogástricas; es preferible emplear la vía natural *endo-uretro-vesical* siempre que sea posible. Opina que si entre la cistotomía suprapubiana y la talla perineal hay que elegir la última, entre ambas y la litotricia es preferible ésta; ésta es siempre más inofensiva, más noble y menos grave; además, las heridas de la vejiga pueden dar lugar á un curso post operatorio grave y á fístulas.

En general, debe intentarse la litotricia, reservando la talla para casos de especiales circunstancias anatómicas ó de enfermedades de los órganos urinarios ó dependientes de la dureza y tamaño del cálculo. Hoy, con el litotritor, manejado con todas las reglas, no hay temor de dejar en la vejiga trozos de piedra engendradores de nuevos cálculos.

Para la operación hay que tener asepsia y colocar al enfermo en posición conveniente. Se debe hacer la dilatación gradual y completa de la vejiga inyectando un líquido antiséptico templado, procurando que el litotritor coja el cálculo entre sus ramas sin pellizcar la vejiga.

El desmenuzamiento del cálculo deberá hacerse con suavidad y fino tacto, que sólo se va adquiriendo con la práctica. Se hace la aspiración con el aparato de Bigelow, ú otro análogo, y se repite la maniobra hasta que no salgan más fragmentos.

En los ocho años últimos ha hecho 42 tallas perineales, con tres muertos; 21 hipogástricas, con un muerto, y 13 litotricias con una sola defunción, y ésta ocurrió á los veintidós días por lesión renal ascendente.

Hay que tener en cuenta para la litotricia, las condiciones de la uretra, vejiga y cálculo; si la uretra no es apta para la litotricia, se hace la dilatación gradual, y si la vejiga no lo es tampoco, se dilatará con presión hidrostática.

En cuanto á los cálculos, los hay que son ó no susceptibles de partirse y ello no es difícil de averiguar. Los cálculos oxálicos que son difíciles de partir, son antiguos; el historial se remonta á las primeras edades; los fenómenos subjetivos son escasos porque se ha ido estableciendo el hábito y la tolerancia hasta el punto de que grandes y picudos cálculos no determinan otro síntoma que la interrupción del chorro de orina. Es decir, cálculo antiguo, escasez de síntomas subjetivos y vejiga hipertrofiada indican cálculo duro, lo cual se comprueba por el sonido y la sensación que produce la sonda al tocarle. En este caso conviene la cistotomía.

Si los síntomas subjetivos son grandes porque la vejiga es irritable, si el enfermo cuenta que ha padecido cólicos nefríticos, etc., se sospechará que hay cálculo fosfático ó con núcleo de uratos, y si á esto se añade que la exploración revela superficie lisa y el sonido es apagado, daremos certeza á la presunción.

Bueno será también el examen radiográfico.

El Dr. *Barragán* emplea la anestesia local con la eucaína ó cocaína y nunca procede á la litotricia sin haber conseguido antes el cateterismo con un 22 á 24 de la escala de Charrière y sin que la vejiga contenga menos de 200 gramos de líquido. Después hace una minuciosa explicación de la técnica de esta operación, dibujando en el encerado las posiciones del litotritor con relación á los diámetros de la vejiga, haciendo notar que si el cálculo se aprisiona en el extremo del diámetro quirúrgico, su trituración debe hacerse en el centro. Recomienda mucho cuidado para no pellizcar la vejiga, aconsejando que antes de intentar esta operación en el vivo se hagan ensayos en el *cistofantoma* para adquirir el hábito y afinar la sensibilidad táctil.

Después presentó á la Academia cinco frasquitos con ejemplares de cálculos triturados por este procedimiento.

Cuerpo extraño en el esófago.— El Dr. *Barragán* expuso el caso siguiente: Niño de diez años, que se tragó hacía treinta y cuatro días un botón de 13 milímetros de diámetro y que detenido en el esófago no permitía el paso al estómago sino á la leche en poca cantidad. Juzgó que el botón estaría en la porción mediastínica del esófago: introdujo primero el instrumento de Weis que se detuvo á nivel de la estrechez que en el esófago produce el cayado de la aorta (23 centímetros de la arcada dentaria). Por la forma que el botón produjo en las crines, sospechó que el botón se encontraba á la izquierda; entonces introdujo el gancho de Collin con la charnela hacia

la izquierda del enfermo, lo abrió y extrajo con suma facilidad el botón. Recuerda que los otros aparatos, cesto de Græfe, gancho de Kirmisson, etc., producen erosiones de la mucosa y accidentes á veces gravísimos.

Cálculo vesical formado á beneficio de un manojito de puntos de sutura que le servía de núcleo. — El Dr. *Barragán* dió cuenta á la Academia de una enferma operada hacía cuatro días de un cálculo por vía endo-uretral. Esta enferma fué operada de fístula vesicovaginal y le parece interesante porque demuestra los inconvenientes de la sutura en masa de las paredes vesicales cuando la orina es excesivamente sedimentable. En este caso la sutura sirvió de foco de sedimentación.

El Dr. *Sanz Blanco* dice que en la descripción del Dr. Barragán echa de menos la falta de detalles acerca de algunos puntos importantes, como son la edad del paciente, las condiciones de la próstata y de la vejiga, su retracción é indolencia, etc., si los cálculos son múltiples, etc. Y por último, la conducta que hay que seguir en caso de concomitancia de cistitis graves y pielonefritis.

El Dr. *Barragán* repite que la litotricia rápida hecha en las condiciones de asepsia rigurosa es el procedimiento mejor en los casos que él ha indicado antes. El pronóstico operatorio es benigno.

Anoftalmos bilateral. — El Dr. *García Mansilla* comunica á la Academia un caso de esta rara lesión teratológica del aparato de la visión. Es un niño que observó á las pocas horas de nacer, avisado por el Dr. San Román, que había asistido al parto. El niño estaba bien conformado, no presentaba ninguna anomalía de desarrollo fuera de la de los ojos y tenía el peso que corresponde á un niño de todo tiempo. Las órbitas estaban reducidas de volumen y los cuatro párpados eran pequeños. Separados éstos, se observa una depresión tapizada por la conjuntiva, pero faltan por completo los dos ojos, no existiendo siquiera botón alguno carnoso. Se trata, por lo tanto, de un anoftalmos bilateral, afección sumamente rara.

Como antecedente que pudiera tener importancia para explicar esta rareza teratológica, es digna de señalarse que el padre es sifilítico antiguo con manifestaciones tercianarias y no se ha tratado nunca su padecimiento.

La sífilis pudiera haber sido causa de que se atrofiase la vesícula ocular, con lo cual quedó constituído el anoftalmos, no obstante que dicha causa no se suele señalar por los autores como consecuencia de esta anomalía.

El niño de que nos ocupamos tiene otras dos hermanas mayores, una con labio leporino y otra con hidrocefalia. Los padres están bien organizados y no presentan anomalía alguna de su aparato de la visión.

Los anoftalmos bilaterales son muy raros y también los unilaterales, de los que hemos observado uno hace diez años. (Véase la Revista de Medicina y Cirugía prácticas del 15 de marzo de 1895, pág. 308).

El Dr. *Costresana* ha visto en el Hospita un niño de cuatro meses parecido al referido por el Dr. García Mansilla, que tiene la cavidad orbitaria cubierta de mucosa y en el fondo como un mamelón rudimentario del tamaño de un guisante. Los padres de este niño descienden de una misma raíz ó tronco consanguíneo, y así puede explicarse en este caso la anomalía de desarrollo.

El Dr. *Sanz Blanco* no ha visto nunca un caso semejante y desea vivamente ver el relatado por el Dr. García Mansilla.

El Dr. *García Mansilla* dice que en el caso del Dr. Castresana la consanguinidad puede explicarlo, pero en su caso no se puede invocar esta patogenia; en cambio, la sífilis puede dar cuenta acabada de ello. Promete al Dr. Sanz Blanco facilitarle el medio de que vea este caso.

Histerismo infantil.—El Dr. VALLE Y ALDARALDE: Una niña de seis años, en cuyos antecedentes hereditarios no existe ningún estigma nervioso, pero en cuyos antecedentes personales se cuenta el de una eclampsia sufrida hace menos de un año, y con motivo de una indigestión no muy grave, contrajo una gripe de forma abdominal á fines de febrero último.

La curva térmica revistió en un principio un tipo algo intermitente, por lo cual se empleó la quinina, pero sin gran resultado. Y una vez demostrado con este fracaso y con la marcha ulterior del mal de lo que se trataba, se atendió principalmente á no cargar el tubo digestivo con alimentos que no pudiera digerir, á mantener la función ventral con enemas y algún que otro laxante y también se empleó algo la desinfección intestinal, más por cubrir las formas que por otra cosa, pues debo manifestar que en mi concepto, además de que hay mucho de ilusorio en la tal desinfección, es bastante inútil cuando la infección tiene su asiento, no en la cavidad digestiva, sino en todo el organismo. Bueno que se cuide de evitar en estos casos nuevas causas de infección intestinal y no intestinal, pero si el germen morboso radica en el interior de la trama orgánica, ó por lo menos en el líquido sanguíneo, es vano el empeño de oponerse á la evolución de la enfermedad infecciosa con antisépticos intestinales.

Tampoco se empleó la balneoterapia fría, por la sencilla razón de no haberse elevado la temperatura á un grado que exigiera semejante tratamiento. En cambio, se apeló alguna vez á los baños templados para calmar la gran excitabilidad de la enfermita y sus dolores de vientre, que no se explicaban bien por los demás síntomas.

Y aquí radica principalmente el interés del caso. Durante la enfermedad y después de terminada ésta, la niña, de carácter agradable, se volvió huraña y hasta irascible, y los dolores de vientre, que mientras duró la gripe nos explicábamos como una de tantas manifestaciones del mal, persistían casi con la misma intensidad; aparecían y desaparecían á horas caprichosas, sin relación alguna con la ingestión de alimentos ni con la vacuidad del estómago; en una palabra, se trataba de una secuela de la gripe, que por su manera de manifestarse, juzgué de naturaleza histérica, y propuse para su curación el traslado de la niña al campo, con el objeto de modificar en todo lo posible el ambiente donde se había desarrollado la perturbación nerviosa.

Es de advertir que esta enfermita es a última de una serie bastante numerosa de hermanos, y sobre todo de hermanas; que nació á los seis años de su último hermano, y que á causa de esta circunstancia, es el objeto preferente y casi exclusivo de las atenciones y mimos de toda la familia.

Resistiéndose ésta al cambio de aires y de género de vida que yo proponía, accedió al fin á hacerlo al ver que el distinguido médico de esta Corte,

Dr. Pérez Valdés, que fué llamado en consulta, estuvo en un todo conforme con mi plan terapéutico.

Y en efecto, á los ocho días de permanencia en una casa de campo de los alrededores de esta capital, la niña se restableció por completo en su modo de ser psíquico, se vió libre de sus dolores de vientre y recobró, además, el apetito, que había perdido. Bien es verdad que la madre, bien penetrada al fin de lo que su hija había tenido y de la conducta que con ella se debía observar, siguió atendiendo y cuidando á su hija, pero sin hacer caso de ella en apariencia, á fin de modificar su estado psíquico con esta especie de calculado despego.

Creo qúe se ha tratado en este caso de un histerismo infantil. En efecto, aunque no he examinado á la niña con el objeto de descubrir los estigmas histéricos, tanto por ser difícil ó imposible semejante descubrimiento á tal edad, como por creer que acaso no existieran, ya que se trata, á mi juicio, de un histerismo incipiente y rudimentario, entiendo que de ninguna otra manera se pueden explicar mejor el cambio de carácter y los síntomas dolorosos observados en este caso que admitiendo la naturaleza histérica de tales manifestaciones, á cuyo desarrollo han contribuído sin duda tres causas: 1.ª La excitabilidad nerviosa de la niña, revelada en el ataque de eclampsia de hace un año escaso. 2.ª La educación viciosa por prestar atención excesiva á todo lo que á la niña se refiere. 3.ª La gripe, que como infección que afecta al sistema nervioso, sabemos que deja á veces como secuela trastornos de parte de dicho sistema.

El Dr. *Benitez* refiere dos casos análogos: uno de una niña de cinco años, para la que fué llamado con urgencia, porque quería orinar y no podía conseguirlo. A pesar del examen minucioso que le hizo no pudo encontrar lesión alguna que explicara el fenómeno y le dispuso una poción bromurada. Después confirmó que se trataba de una manifestación histérica ocasionada por la emoción de terror que le produjo el ver á su padre pegar á un perro que se había orinado en los muebles de la casa.

El Dr. *Fernández Gómez* refirió que una niña bronconeumónica murió en los brazos de su madre por una *rabieta* que tomó al ponerle el termómetro, produciendo esto grande emoción, aunque de distinta especie, á la madre y al médico.

El Dr. Valle y Aldabalde: Me complace mucho haber dado motivo con la exposición desaliñada de mi caso, á que los Dres. Benitez y Fernández Gómez nos hayan dado á conocer otros análogos, aunque más interesantes que el mío y desde luego mucho mejor descritos.

Respecto á los antecedentes de los padres en el caso presentado por mí, no los hay sifilíticos, y ya he dicho que ni siquiera nerviosos, siendo de advertir que tampoco ninguna de las hermanas de la enferma, alguna de ellas ya casada, ha presentado hasta la fecha manifestaciones histéricas.

En la niña á que me refiero se presentaron también síntomas urinarios, bajo la forma de retención, pero no me sorprendieron, porque ya los he observado en otros casos de gripe infantil. En este caso desaparecieron con la infección, á diferencia de lo que ocurrió con los síntomas histéricos.

Es indudable que la mala costumbre de ceder á todos los caprichos de la niña, mala costumbre que en honor á la verdad no existe en la familia de

mi enfermita, es una causa muy poderosa del desarrollo del histerismo infantil. Pero también tiene su importancia en este concepto el ocuparse demasiado, demostrar excesivo cariño y poner, como se dice vulgarmente, demasiados mimos á los niños. Mal sistema es el de la dureza, el despego y la frialdad, pero es también pernicioso el que incurre en el extremo opuesto.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 10 de Mayo de 1905.

Embolia pulmonar (?) durante el parto.—El Dr. *García Cuello* expone el siguiente caso, que para muchos será vulgarísimo, pero que él lo considera de alguna enseñanza:

Señora de edad algo avanzada, de treinta y ocho á cuarenta años, que llega á término de su primer embarazo, desarrollado en completo fisiologismo. Ni los diversos reconocimientos de los distintos aparatos y sistemas orgánicos, ni los repetidos análisis de orina han acusado, durante la gestación, nada de anormal.

Llega el momento del parto, y á las cuatro ó cinco horas de haberse iniciado con pequeñas molestias, soy avisado para prestar á la parturiente la debida asistencia. Reconozco por vía vaginal, toco la parte fetal que se presenta (vértice en OIP), y observo que la bolsa de las aguas se halla ya rota. El trabajo se realiza muy despacio y en vista de que no se verifica la rotación necesaria y que el parto se prolonga más de sesenta horas, se interviene y mediante una aplicación de forceps se extrae un niño sin vida.

Ocho horas antes de terminar el parto, la referida señora había sentido un gran escalofrío y un agudo dolor al pecho, pero en el momento del alumbramiento sobreviene una disnea que muy pronto se convierte en ortopnea; sesenta inspiraciones al minuto, alguno que otro golpe de tos, muy escaso, y ningún esputo, el pulso pequeño y veloz; la temperatura normal ó poco menos.

Reconozco la cavidad torácica, y encuentro en el sitio en que la enferma acusó el dolor correspondiente á la punta de la escápula derecha, una zona paqueña, como de unos cinco ó seis centímetros en cuadro, maciza á la percusión y por auscultación se nota disminución en la entrada del aire y broncofonía. Tal era el cuadro clínico, que yo diagnostiqué de embolia pulmonar y de pronóstico grave, por lo cual indiqué á la familia la conveniencia de celebrar una junta con otros Profesores. Mis colegas, muy competentes y acostumbrados á ver enfermos, no encontrando los fenómenos locales que yo creí y creo hoy haber percibido, desecharon mi diagnóstico de embolia pulmonar y atribuyeron el cuadro clínico al cansancio y pérdida de fuerzas por un trabajo tan prolongado.

Esta situación fué cediendo poco á poco, sin que haya que achacarlo á la eficacia del tratamiento, volviendo las cosas á la normalidad al cabo de seis días.

Como no he podido explicarme el sitio y origen de la trombosis primitiva, causa eficiente de *mi supuesta* embolia; como mis colegas consultados no encontraron los fenómenos á la percusión y auscultación que yo creí percibir, pongo una interrogación á mi diagnóstico y pregunto á los señores socios dedicados á la Tocología su opinión en el asunto.

El Dr. García de Arias: He observado también un caso análogo al expuesto por el Dr. García Cuello. Mujer que había tenido un parto borrascoso y negligentemente ó mal asistida en el puerperio tuvo un proceso septicémico puerperal, metroperitonitis de marcha lenta y flegmasía alba dolens. A los cincuenta días de haber dado á luz fuí llamado, encontrando á la enferma en un estado general deplorable y con los síntomas claros de las lesiones antes dichas. Agotados todos los tratamientos y creyendo que del útero partían los agentes infectivos, cambié impresiones con el Dr. Gutiérrez acerca de si debía ó no intervenir, haciendo el raspado de la matriz, y este maestro me aconsejó el legrado á condición de que la enferma no hiciera el menor movimiento. Así se hizo, siendo de notar que al introducir la legra roma de Wallich por el borde derecho del útero observé que entraba más de 20 centímetros, siendo así que el útero, con el histerómetro, había acusado una longitud cavitaria de ocho. Claro es que suspendí el raspado por aquel sitio y lo verifiqué en lo restante de las paredes, haciendo después el lavado á media llave y casi sin presión. La cavidad donde se coló la legra, ¿era un divérticulo constituído por la trompa derecha ampliamiento dilatada? ¿Era un absceso? No lo sé. Lo cierto es que al volverla á la cama, después del legrado, la enferma es acometida de un ataque exactamente igual al descrito por el Dr. García Cuello; ortopnea, pulso frécuente, lipotimias, etc., que fueron cediendo poco á poco.

Cita después otros dos casos, seguidos de muerte, consecutivos á intervenciones ginecológicas.

El Dr. Cospedal: Creo que el caso expuesto por el Dr. García Cuello es una de tantas formas de embolia que se ven repetidísimas veces en partos y puerperios; embolia aséptica (por eso no hubo fiebre, ni absceso pulmonar consecutivo), originada por trombus de los plexos uterinos en virtud del trabajo lento. Y á este propósito recuerdo algunos otros casos de embolias, que repito, son frecuentísimos.

1.° Señora francesa, vista en consulta con el Dr. Robert; embolia séptica de localización pulmonar. Disnea y temperatura intensas. Terminó por supuración.

2.° Otra enferma del Dr. Lizana. Proceso séptico supurado pulmonar consecutivo á una embolia, que puso en gran peligro la vida, pero por fin curó.

3.° Señora con trombosis y embolia de ambos vasos femorales (flegmasía alba dolens), que también sanó.

4.° Hermana de la anterior; puerperio con fiebres altas, remisiones pequeñísimas. Embolia séptica de la arteria central de la retina izquierda, con fusión purulenta del ojo, que exigió su enucleación para evitar la pérdida del opuesto por oftalmía simpática.

5.° Otra señora que presenta, en el séptimo mes de su embarazo, hemorragias dependientes de placenta previa.

En vista de la ineficacia de los taponamientos, se recurre á la versión, aplicando el forceps sobre la cabeza última. Infección saprofítica y endometritis séptica que cedieron á beneficio de los lavados intrauterinos. Sin existir nada por parte del útero ni de los anejos, las enferma seguía con fiebre; no había escalofrío. Esta puérpera ha tenido: una primera embolia pulmonar que cedió; otra de la base del pulmón derecho que cedió igualmente; después otras, que no me atreveré á llamar musculares, consistentes en dolores vivísimos en los flancos, que le duraban seis ú ocho horas, y por último, á los cuarenta días de puerperio, presenta trombus de la vena femoral, con dolor á la presión, periflebitis, pequeñas dificultades circulatorias (ligeros edemas del pié y maléolos). Espero que ésta sea la última mifestación embólica.

Estimo, pues, en primer término, que el caso del Dr. García Cuello debió bien ser embolia aséptica y yo así lo creo. En segundo, llamar la atención acerca de la frecuencia de los procesos embólicos, ya sépticos, ya asépticos, para que se traten las puérperas convenientemente, evitando que se muevan, practiquen cambios violentos de posición y que se levanten pronto de la cama, aparte de los cuidados de la asepsia en el momento del parto, con lo cual se evitarán procesos de importancia, aunque esto, muchas veces, no pueda conseguirse.

Respecto á lo dicho por el Dr. García de Arias, no me explico la introducción de más de 20 centímetros de la legra de Wallich, en un útero de ocho, más que por perforación uterina, porque un divertículo de esa longitud formado por la trompa es posible, pero es muy anómalo. Para tranquilizarle, le diré que muchos ginecólogos, y yo mismo, he realizado involuntariamente perforaciones (y no lo digo porque sean inocentes), en úteros en subinvolución, en úteros con paredes degeneradas, en matrices sin degeneración, pero de paredes delgadas y blandas, en los cuales el histerómetro, suavemente conducido, ha ido penetrando 8, 10 y más centímetros y seguramente hubiera ido más adelante si no nos hubiésemos detenido en su introducción, en la casi seguridad de que el útero estaba perforado. Sin embargo, hemos legrado esos úteros con perforación casi capilar, insignificante como calibre, apartándonos cuidadosamente de aquel punto, y sin practicar lavados ni la inyección de solución de percloruro de hierro (á la que damos preferencia), para evitar la distensión y la caída de líquido dentro de la cavidad peritoneal, nos hemos limitado á barnizar las paredes uterinas con un algodón empapado en la solución mencionada. Con esto y exigiendo á las enfermas mayor quietud y más días de permanencia en el lecho, no hemos tenido que lamentar consecuencias desagradables. De aquí se desprende el gran esmero y los cuidados y precauciones con que hoy se practican los legrados, otra cosa más terrible son las perforaciones puerperales; á mí no me ha sucedido semejante accidente, pero tengo noticia de un caso seguido de dolores, vómitos y fiebre, muriendo la enferma de peritonitis agudísima.

El Dr. *García López* se explica bien la génesis de la embolia en el caso motivo de la discusión. Cree que siendo un parto anormal, con rotura precoz de la bolsa de las aguas é irregularidad en las contracciones, fué también irregular la retracción uterina post partum y nada entonces más fá-

cil que el desprendimiento de algún coágulo de las lagunas placentarias.

Los Dres. *García Cuello* y *García de Arias* rectifican, manifestando el primero que no hubo desprendimiento de placenta, que no se verificó la embolia ó al menos no se la explica, por razón de la lentitud del parto, y sobre todo, que lo que más llama la atención es que ocurriese el accidente ocho horas antes de terminar el trabajo. Insiste en creer que ha sido embolia.

El segundo de dicho señores aduce más razones para demostrar que la legra y después la sonda de doble corriente introducidas, lo eran, ó en un divertículo constituído por la trompa ó en un antro formado á expensas del cuerno uterino derecho; en una palabra, que no hubo perforación del útero.

El Secretario de actas,
DR. POLO Y TREMPS.

PERIÓDICOS

Caso notable de hidrocele vaginal doble. Curación. — En la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, publica D. Basilio Moncayo y Redón, el caso clínico referente á un sujeto de cuarenta y cinco años de edad, de buena constitución y dedicado á las faenas agrícolas.

«Hace seis años próximamente, al montar en un caballo, dice el enfermo, recibí un golpe en el testículo derecho; en aquel momento el dolor fué intenso, hasta el punto que creí perder el conocimisnto; poco á poco disminuyó en intensidad, desapareciendo completamente. Al cabo de un mes noté cierta molestia en el testículo, á la par que adquiría un ligero aumento de volumen, que empezó por la parte inferior. El testículo aumentaba paulatinamente de volumen hasta que llegó á tomar proporciones considerables. No dí importancia á mi afección, porque creí se trataba de una inflamación de dicho órgano, tanto más cuanto que no tenía dolor de ningún género. Más tarde aprecié que el testículo izquierdo aumentaba también progresivamente de volumen, llevando idéntica marcha que su compañero. Los movimiemtos propios de la locomoción me producen molestias y algunas veces dolor, originado por el peso excesivo de mis partes. Mi afección es, en realidad indolente».

Descubierta la región, llamó la atención el volumen extraordinario del escroto; tanto, que podía creerse á primera vista que se trataba de un caso de elefantiasis testicular.

Colocado el enfermo en bipedestación, se notó la presencia de dos tumores en el escroto; el dereho descendía más, revistiendo una forma ovoidea; el izquierdo era menor; adquiría una forma piriforme, cuyo vértice terminaba en el anillo inguinal.

Se apreció la existencia de dos tumores de superficie perfectamente lisa, no presentándose vestigio alguno de abolladura. Aplicada una mano al nivel del conducto inguinal izquierdo y situada la otra en el fondo del tumor del mismo lado, se notaba perfectamente (merced á determinados

movimientos) la sensación que da una oleada líquida. En el derecho era tanta la cantidad de líquido existente, que recordaba la sensación que dan las grandes colecciones. Aplicada la mano de plano en la región inguinal y percutiendo con los dedos de la otra el fondo del tumor, percibíase con claridad el choque y el alejarse de la columna líquida. Ambos tumores, aunque depresibles, eran irreductibles. Dicho se está que dada la gran cantidad de líquido existente, no se pudo apreciar por la palpación la presencia del testículo ni la del epidídimo.

La transparencia que se observa es completa.

En el tumor derecho, obscuridad completa, no se pudo apreciar transparencia alguna, á pesar de verificar el reconocimiento con el estetoscopio. La falta de transparencia se explica fácilmente por el grosor de sus paredes.

Aunque existen varios métodos en el tratamiento del hidrocele vaginal, el Dr. Moncayo escogió el de la punción, seguida de inyección irritante. Antes de intervenir quirúrgicamente debe el práctico asegurarse dónde está situado el testículo. En este caso, el testículo izquierdo se encontraba en la parte posterior y en la inferior el derecho; no se pudo apreciar exactamente su situación; así es que, para no herir la glándula testicular, se puncionó en el sitio que por la presión resultaba menos doloroso ó nó provocaba dolor (correspondió á la parte inferior y posterior), á la par que existía gran fluctuación. No es, pues, necesario saber la situación del testículo, sino que no esté donde se verifique la punción.

Se operó del siguiente modo: Después de purgado el enfermo y sin necesidad de anestesia general, se desinfectó el campo operatorio. Con el dedo índice de la mano derecha se marcó la porción de trócar que se deseaba introducir. El trócar penetró de un solo golpe, atravesando las diferentes capas escrotales del rafe correspondiente. Retirado el trócar, se mantuvo la cánula fija con el dedo pulgar é índice de la mano izquierda, se extrajeron del testículo derecho 2.070 gramos y del izquierdo 1.680. A fin de evitar los efectos de la inyección yódica, se inyectó una solución de cocaína al 1 por 100, dejándola en contacto de la serosa unos cinco minutos y practicando á la par un ligero masaje. Extraída la solución se introdujo lentamente la inyección yodada, compuesta de: agua, 60 gramos; tintura de yodo, 30, y yoduro de potasio, 4. Al cabo de unos pocos minutos se evacuó la solución yodada. Es digno de mencionar el que la solución yodada salió perfectamente en el testículo derecho; pero en el izquierdo, ni una sola gota, á pesar de estar el escroto perfectamente distendido. ¿Cómo explicar este fenómeno?

Tillaux explica este accidente del siguiente modo: «En el estado normal, la técnica vaginal envía una prolongación á nivel de la parte media ó cuerpo del epidídimo, que se insinúa entre este órgano y el borde superior del testículo, formando una especie de suero testis». Si la inyección penetra en esta prolongación á través del espacio estrechado entre el testículo y el epidídimo, forma una especie de hidrocele verticular, cuyo líquido no podrá salir debido al cierre de la abertura producido por la acción irritante de la tintura de yodo.

Extraída la cánula (sin verificar movimiento de torsión), se colocó un

poco de algodón hidrófilo empapado de colodion elástico en la superficie de la herida. Como complemento de la intervención, se puso un pedazo de cartón escotado por uno de sus bordes y revestido de algodón, á fin de evitar el peso de los testículos, á la par que favorecer la circulación de retorno.

Marcha clínica:

Día 15.—El enfermo se queja durante cuatro horas de un dolor intenso, que comienza por el fondo del escreto y se irradia por la ingle. Se prescribe una poción bromurada que calma el dolor. Apirexia completa. Régimen lácteo.

Día 16.—Nótase en el escroto un ligero aumento de volumen. La piel adquiere determinada rubicundez; el termómetro acusa 37°,9.

Día 17.—El aumento de volumen es mayor; temperatura, 38°,2.

Día 18.—El escroto adquiere proporciones considerables, tanto, que tiene la misma dimensión que antes de operar. Coloración intensa; fiebre 39°,2. En vista de que no ha efectuado deposición ventral, se le administra un laxante.

Día 19.—Disminuye el volumen del escroto; la temperatura sólo es 37°,6; la coloración, menos intensa; alimentación, leche, caldo y huevos.

Día 20.—Desaparece la coloración escrotal; temperatura normal; el enfermo tiene deseos de levantarse. Se le coloca un suspensorio.

A partir de esta fecha, durante un espacio de tiempo de tres meses, el enfermo se escuentra en las mismas condiciones; tanto, que cree se ha reproducido la afección. Al cabo de este período de tiempo, disminución progresiva del escreto, hasta el punto que en diez días adquiere las proporciones normales, dedicándose á sus ocupaciones profesionales.

De este caso se desprenden las siguientes consideraciones clínicas:

1.ª La falta de transparencia no indica la ausencia del hidrocele.

2.ª La inyección yodada retenida en la cavidad vaginal no produce complicaciones de ningún género.

3.ª La curación definitiva puede tardar algún período largo de tiempo (seis meses), mientras no se puede decir que existe reproducción.

Y 4.ª La curación del hidrocele idiopático es factible; la del sintomático es difícil. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 30 de Mayo de 1905.

La tuberculosis inflamatoria del estómago é intestino. — Los Dres. PONCET y R. LERICHE: Nuestros estudios acerca del reumatismo tuberculoso, nos han llevado á comprender mejor la tuberculosis y á admitir al lado de la tuber-

culosis clásica, de proceso histológico bien caracterizado, una forma septicémica y una forma inflamatoria, cuyo campo de acción es también muy vasto. Vamos á ocuparnos hoy ante la Academia de esta última forma, no ya de su localización sobre las articulaciones, sino sobre el estómago y el intestino.

1.° *Tuberculosis inflamatoria del estómago.*— Es una afección rara y su estudio apenas está esbozado. Los tratados clásicos se contentan con señalarla. No obstante, desde el empleo sistemático de las ablaciones amplias y precoces, se han publicado algunas observaciones cada año.

Existen dos formas: una *hipertrófica*, verdadera tuberculosis del estómago, y una ulcerosa que es más médica que quirúrgica, pero las dos son debidas á la evolución local del bacilo de Koch.

En un trabajo reciente acerca de las ulceraciones tuberculosas del estómago, el Dr. Arloin, ha demostrado que este cuadro debía ampliarse, llegando á deducir, como consecuencia de un estudio anatómico y experimental muy profundo, que al lado de las lesiones anatómicamente tuberculosas debían colocarse «las ulceraciones desprovistas de toda característica microscópica engendradas por la toxemia tuberculosa, verdaderas ulceraciones tóxicas, cuyas diferentes variedades no son más que los eslabones de una misma cadena».

Por nuestra parte pensamos que se está aun muy lejos de admitir al lado de las dos modalidades, ulcerosa é hipertrófica de la tuberculosis gástrica, una forma fibrosa desde el comienzo, lesión creada completamente por la tuberculosis inflamatoria. Se han descubierto, en efecto, en el estómago y en la región pilórica principalmente, falsos tumores inflamatorios, esclerosis difusas ó localizadas, distintas de los tumores de origen ulceroso, en las cuales la reacción peritoneal es suficiente para hacer titubear en el diagnóstico, haciendo creer en la posibilidad de un cáncer que no existe. La característica de estos tumores inflamatorios, generalmente tomados por lesiones malignas, reside en una infiltración de la submucosa con organización fibrosa del tejido conjuntivo. La reacción peritoneal es muy variable, algunas veces nula y raras veces intensa. La mucosa intacta no tiene ni úlceras, ni cáncer. Estas lesiones se designan generalmente con el nombre de rinitis plástica y representarían la primera etapa de la rinitis confirmada, puesto que resulta muy curioso el haberlas observado en gran número de casos en los tuberculosos, dato que ha sido claramente señalado por Hanot y Gombault. Al lado de estas degeneraciones fibroides difusas ó localizadas del estómago, se han de añadir en el cuadro de la tuberculosis inflamatoria de este órgano esas esclerosis limitadas al píloro que estrechando su calibre provocan estenosis más ó menos acentuadas, que se suponen debidas á la cicatrización de una úlcera algunas veces muy hipotética. Por lo tanto, nosotros admitimos que la tuberculosis inflamatoria puede producir de una vez, y sin ulceración precedente, una esclerosis idéntica á la que en el orificio mitral, por ejemplo, provoca la estrechez mitral pura.

2.° *Tuberculosis inflamatoria del intestino.*—Por parte del intestino encontramos lesiones idénticas y ligadas á una misma patogenia; se las observa en el intestino delgado, en el segmento ileocecal y en el intestino grueso.

En el intestino delgado, se han observado hace muchos años estenosis únicas ó múltiples que no parecen depender de la cicatrización de ulceraciones preexistentes que hubiesen pasado inadvertidas y, aparte de las variedades conocidas de tuberculosis quirúrgica del intestino delgado, se ha creído necesario describir un tipo puramente inflamatorio, en el cual, se dice que «la esclerosis cicatrizal parece asfixiar y hasta destruir todo rastro de lesiones bacilares primitivas» (Quénu y Judet). Añadiremos que en la mama la tuberculosis inflamatoria tal vez determina algunas mastitis nudosas, cuya etiología es hasta el presente muy obscura. Lo mismo puede decirse de algunas tiroiditis subagudas y crónicas y de algunos bocios que se desarrollan en los bacilares.

La noción de la bacilosis inflamatoria, también debe intervenir en la explicación de esos tumores nudosos del pene, de esas induraciones plásticas de los cuerpos cavernosos, comparadas por los autores antiguos á las enfermedades del *sistema fibroso:* retracción de la aponeurosis palmar, nudosidades de las vainas tendinosas, etc., cuya relación con la tuberculosis se afirma de día en día á medida que se examinan los enfermos desde este punto de vista. Todos estos hechos no son en suma más que la confirmación de esa ley de patología general que hemos formulado desde el principio de nuestros trabajos acerca del reumatismo tuberculoso, es á saber: «lo que es cierto, clínica y anatómicamente para las articulaciones, reumatismo tuberculoso articular, no lo es menos para los otros aparatos, para todos los órganos y para todos los tejidos que, con mayor ó menor frecuencia, todos son interesados del mismo modo».

Tratamiento de la neuralgia facial rebelde —El Dr. Raymond: Este tratamiento, debido al Dr. Ostwalt, consiste en inyecciones profundas de alcohol con cocaína ó estovaína dirigidas sobre las principales ramas del trigémino en sus mismos puntos de emergencia ó en la base del cráneo. Estas inyecciones son muy eficaces en las formas graves de la neuralgia facial, que han resistido á todos los tratamientos anteriores y también lo son en las neuralgias, ciática, cubital, etc.

Aguas salinas de filtración que hacen refractarias ciertas minas de hulla á la infección por las larvas de anquilostomas. — El Dr. Manouvriez: Se sabe que ciertas minas situadas en el borde del Océano, en las cuales se verifican filtraciones salinas, están indemnes de anquilostomiasis y que los cultivos del parásito no se consiguen en estas condiciones. Hasta ahora las únicas minas consideradas como susceptibles de ser refractarias al anquilostoma por las aguas que contenían, eran las de las salinas ó las de las minas metalíferas de las riberas próximas al mar. Pero el mismo hecho puede observarse en las minas de hulla situadas en el interior, cuyas aguas de filtración son saladas, gracias á los restos de antiguos mares situados por encima de las venas de hulla; el cloruro sódico se encuentra en la proporción de 1'5 á 2 por 100. En la Compañía de Anzín, doce pozos que están bajo la influencia de la corriente de agua salada, nunca han tenido mineros anémicos y que tuvieran anquilostomas, al contrario de lo que ocurre entre los mineros de otros doce pozos que no están bajo aquella influencia. Lo mismo ocurre en la cuenca de Valenciennes, en las minas de hulla regadas por las aguas saladas, mientras que esta capa de agua salada no se en-

cuentra en las minas infestadas. Esta solución salina del 2 por 100 de las aguas del fondo, es suficiente para destruir las larvas desde el momento en que salen del huevo. Estos hechos, tal vez permitan llevar á cabo la profilaxis de la anquilostomiasis, no por la esterilización de las aguas del fondo, sino por la mortalidad de las larvas en contacto del agua que contenga el 2 por 100 de cloruro sódico. — CODINA CASTELLVÍ.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 7 de Junio de 1905.

Lipomas osteoperiósticos. — El Dr. *Walther* dijo que había observado un lipoma osteoperióstico del muslo, probablemente congénito, en un joven de quince años. En este caso el diagnóstico exacto pudo hacerse antes de la intervención, gracias á lo típico de los signos clínicos: masa voluminosa de fecha antigua, indolente, regular, blanda, que descendía debajo del triceps con un grueso pedículo fijo, al parecer, en las partes profundas. La operación demostró que el pedículo se insertaba en el vértice del trocánter menor. El Dr. Walther ha encontrado en la literatura cuatro casos análogos al suyo, es decir, con la misma inserción trocanteriana.

Cuerpos extraños esofágicos.—El Dr. *Helizet* dijo que había tenido ocasión recientemente de utilizar el gancho de Kirmisson en un niño de poca edad que había deglutido dos monedas de 10 céntimos. La introducción del instrumento y la prehensión de los dos cuerpos extraños se ejecutaron en un abrir y cerrar de ojos; la extracción la hizo el niño arrancando con un movimiento reflejo el mango del instrumento de manos del operador.

Degeneración cancerosa del cuello uterino después de la histerectomía parcial por fibromas.—El Dr. *J. L. Faure*, que en contra de la opinión del Dr. Richelot sigue prefiriendo la histerectomía parcial en la extirpación de los fibromas, admite con él que puede haber cánceres que se ingerten en el cuello conservado; es un hecho innegable, pero no cree equivocarse al afirmar que, cuando más, se produce en el 1 por 100 de los casos. Cree que la diferente gravedad entre la histerectomía total y la parcial excede del 1 por 100. Por la primera se pierden más del 1 por 100 de enfermas más que por la segunda. Por consiguiente, si perdemos 1 mujer en 100 casos de cáncer secundario del cuello, por haber conservado éste, perdemos más pretendiendo extirparle.

Por esta razón no comprende el Dr. Faure el motivo de emplear una técnica más larga y difícil, habiendo otra de sencillez ideal con la que en último resultado se pierden muy pocas enfermas más.

Aparato para la anestesia en las operaciones sobre la cabeza, la cara y la boca — El Dr. *Delbet* presentó un aparato muy ingenioso, sencillísimo y práctico destinado á conducir los vapores de cloroformo, éter, etc., á la entrada de la laringe en las operaciones sobre a cara, la nariz y la boca. Este aparato lo constituye un vástago p ano — en forma de depresor de la lengua—hueco y articulado en una de sus extremidades, en varias piezas,

que le dan el aspecto de la cola de una langosta. Esta extremidad articulada que se desliza á lo largo de la base de la lengua y apoyándose sobre la epiglotis se aplica sobre la entrada de la laringe dirigiendo á ella los vapores anestésicos, que son conducidos á la «cola de langosta» por tubos de caucho unidos á un aparato ordinario de eterización ó de cloroformización. Para las operaciones sobre la lengua y sobre el velo palatino, que son, si no imposibles, al menos muy difíciles con el aparato precedente, el Dr. Delbet ha imaginado una disposición especial que, sin modificar el principio de su aparato, le permite utilizarle con facilidad en tales casos.

Conservación de los ovarios y del útero en las operaciones por anexitis. — El Dr. *Tuffier* aconseja sustituir en cierta clase de anexitis antiguas frías, la castración útero-anexial aplicada hasta aquí casi universalmente por la ablación de las trompas supuradas ó infectadas conservando el útero y los ovarios. Casi no es necesario insistir sobre las ventajas que para ciertas mujeres tiene la conservación de estos dos órganos, siempre que sea posible. Pero en la especie, es decir, en la supuración de los anejos, ¿estas ventajas no son compensadas con exceso por los inconvenientes que pueden resultar de semejante práctica? Puede objetarse, en efecto, que conservar el ovario y el útero en una operación de salpingitis, es conservar dos órganos que están verdaderamente enfermos y obligar además en el porvenir á que el ovario deposite los huevos en el peritoneo.

El Dr. Tuffier responde á esta objecciones:

1.° Los ovarios escleroquísticos, los únicos que pueden ponerse como ejemplo en esta operación conservadora, no están tan enfermos ni con tanta frecuencia como se ha dicho; esta lesión depende, al parecer, más bien siempre de trastornos vasculares ováricos que de la infección. ¿Es peligroso conservar tales órganos?

2.° Cuando el útero está infectado en el momento de la operación, nada más sencillo que corregir este estado por el raspado y el tratamiento local. Más tarde, después de la operación, la infección es imposible si se tiene cuidado, como recomienda el Dr. Tuffier, de resecar las trompas hasta el espesor de los ángulos del útero.

3.° La postura ovular intraperitoneal que resulta de la conservación de los ovarios, después de la ablación de las trompas, no tiene consecuencia alguna; el óvulo que cae en el peritoneo forma un pequeño quiste aséptico ó se absorbe.

En resumen, ninguna consideración teórica se opone á la aplicación del método terapéutico aconsejado por el Dr. Tuffier. En la práctica, según demuestra su estadística de 32 casos, los resultados obtenidos no pueden ser más satisfactorios. La mortalidad operatoria es mínima (1 muerto en 32 casos); las consecuencias de la operación son benignas, las mujeres siguen reglando, no presentan síntoma alguno de menopausia precoz, los dolores desaparecen en la mayor parte de los casos y las recidivas son excepcionales (2 enfermas de 15).

El manual operatorio es el siguiente: Se aplica una pinza sobre el origen uterino de la trompa y otra á 1 centímetro más allá; se incinde entre las dos trompas y con una compresa se aisla el ángulo uterino provisto de su pinza. Se incinde después debajo del cuerpo de la trompa y el ligamento

ancho. Se desprende sucesivamente todo el cuerpo de la trompa hasta su pabellón cortándola al rape, por decirlo así, y aislando cuidadosamente el ovario de sus adherencias salpingianas y ováricas. La hemostasia debe ser perfecta. La segunda trompa se trata igual que la primera y quedan entonces los dos ángulos uterinos y el trayecto intrauterino de las trompas. Se destruye con la punta del termocauterio en el muñón de la trompa su trayecto y se cierran después cuidadosamente los dos orificios uterinos con una sutura de catgut á la Lambert. De este modo queda perfectamente aislada la mucosa del útero. Después se fija el fragmento del ligamento útero-ovárico al ligamento redondo y se cierra el abdomen con dos planos de suturas con catgut y se reune la piel con corchetes.

Mal de Pott suboccipital. — El Dr. *Villemin* presentó la columna cervical de una niña de once meses que padecía mal de Pott suboccipital; durante una dislocación que debió producirse la niña dejó repentinamente de respirar, quedó cianóstica y murió á los pocos momentos.

Se vé en la pieza patológica la desaparición completa de los ligamentos cruciforme y occípito-odontoideos laterales; la apófisis odontoidea se mueve con toda libertad en el conducto cervical. Un reborde fungoso semianular tiende además á rechazarla hacia atrás, lo que reduce el sitio reservado á la médula. La simetría de las lesiones permite afirmar que se trata de un ejemplo de la lesión descrita por Malgaigne con el nombre de *subluxación por inclinación*. — (*La Presse médicale*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 7 de Junio de 1905.

Laparotomía en un niño de cuatro semanas. — El Dr. *Zondek* presenta un niño al que le ha practicado la laparotomía á la edad de cuatro semanas, para extirparle un divertículo de Meckel. Al caerle el ombligo quedó un muñón de 18 milímetros de largo por el que salían las heces fecales. La operación fué bien tolerada.

Fístulas gástrica y pancreáticoduodenal. — El Dr. *Hellge*, de Viena, presenta un perro en el que ha establecido una fístula gástrica por el método de Paulow, y otro con una fístula pancreáticoduodenal. De este modo se consiguió obtener jugos digestivos que sin ir mezclados con nada de papilla alimenticia han sido segregados, sin embargo, bajo la influencia de la ingestión de alimentos.

A la pregunta de Senator de si el jugo gástrico obtenido de este modo presenta diferencias cualitativas según la naturaleza de los alimentos ingeridos, contesta afirmativamente Bickel.

Meningitis cerebro-espinal epidémica. — El Dr. *A. Baginsky* manifiesta no haber observado mayor frecuencia de casos de meningitis tuberculosa en su enfermería, en estos últimos tiempos, por más que todos los años son algo más numerosos en los primeros meses del año y luego disminuye su frecuencia hacia la primavera. El diagnóstico diferencial entre la menin-

gitis tuberculosa y la esporádica no es en general muy difícil. En la aguda la enfermedad se inicia de un modo mucho más brusco; sólo en los casos de curso completamente agudo, es en los que el sensorio está del todo abolido; en los de curso más crónico siempre queda algo libre; en cambio en la meningitis tuberculosa el conocimiento se pierde pronto y por completo, observándose todo lo más algunos momentos de lucidez sumamente fugaces. La temperatura, que en la meningitis tuberculosa no suele elevarse mucho, alcanza cifras muy altas en la meningitis aguda. La rigidez de la nuca es mucho más manifiesta en la meningitis esporádica, durante toda la enfermedad y por mucho que ésta dure, que no en la tuberculosa. El líquido obtenido por la punción lumbar es completamente claro en los casos tuberculosos ó deja sedimentar todo lo más copos finísimos; en la forma esporádica está turbio. En ciertas circunstancias la otitis media simula una meningitis cerebro-espinal. También hay formas de gripe que es muy difícil distinguir de esta última enfermedad. El autor describe con este motivo un caso en el que aun en la autopsia no se logró aclarar por completo las dudas. El meningococo lo halló en muy pocos casos. Respecto á la terapéutica hay que confesar nuestra impotencia enfrente de la enfermedad.

El Dr. *Henke* insiste en lo difícil que es en muchos casos, y á veces hasta en la autopsia, resolver si se trata de una meningitis cerebro-espinal. Refiere que hace tiempo ha encontrado en esta enfermedad meningococos y neumococos, con los cuales también ha obtenido experimentalmente la meningitis. Es de mucha importancia, para poder afirmar que se trata de una meningitis esporádica, el hecho de que falta un foco primitivo á qué atribuirla, tal como una otitis, una neumonía, una angina, etc.

El Dr. *Friedberg* describe un caso de hidrocefalia en el que se practicó la punción y que recidivó muchas veces. El niño se mantuvo siempre sin fiebre y en el líquido de punción se encontraron varias veces diplococos que cultivó Wasermann y que calificó éste de meningococos de Jäger-Weichselbaum. No pudo practicarse la autopsia.

El Dr. *Grawitz* insiste de nuevo en las dificultades con que puede tropezar el diagnóstico, sobre todo si hay que establecerlo rápidamente y niega que la meningitis sea una enfermedad de la primera infancia. Más bien ataca de preferencia á los jóvenes; v. gr., á los soldados.

El Dr. *Westenhœffer* juzga que el resultado esencial y positivo de sus investigaciones consiste en haber precisado que la infección se verifica, no por las células etmoidales, sino por la pared posterior de la faringe. En Silesia se encuentran con mucha frecuencia casos de angina en la actualidad. Además de esto se continuarán las investigaciones relativas á la existencia de una constitución linfática.

El Dr. *Kirchner* refiere, como complemento de lo expuesto, que hasta ahora se ha dado parte en la alta Silesia de 2.406 casos de enfermedad y 1.491 de muerte. Sin embargo, esta última cifra, que representa una proporción de 63 por 100, ha aumentado en estos últimos tiempos, porque mientras tanto han fallecido muchos de los casos que se habían hecho crónicos.

Para luchar ventajosamente con una epidemia, es necesario dar también parte de los casos sospechosos y no esperar á que en cada caso se satisfagan todos los postulados científicos que exige un diagnóstico exacto.

La aparición de casos de meningitis cerebro-espinal en soldados, no prueba nada contra la opinión de que se trata de una enfermedad propia de la infancia. En efecto, aunque los adultos tienen muy poca receptividad para contraer el padecimiento, hay circunstancias, tales como los cambios que trae consigo el servicio militar, que aumentan dicha receptividad.

Trombosis de los senos curada quirúrgicamente. — El Dr. *Karéwski* presenta un paciente que ha padecido de supuración crónica del oído medio con formación de pólipos. Estos fueron extirpados por un especialista, pero al poco tiempo sobrevino una hinchazón en el cuello. Se procedió á la operación radical, comprobándose entonces la existencia de una supuración perisinusoidal. A pesar de la operación, persistió la fiebre. Se puso al descubierto el seno, teniendo que extirparse con este motivo un trozo de la porción escamosa del occipital, que estaba bañada en pus, y se ligó la vena yugular en el cuello. Aun así persistieron por mucho tiempo los síntomas puohémicos, pero el paciente los fué venciendo felizmente. Mientras tanto, se fué curando la herida del cráneo, pero con la particularidad muy digna de notarse que quedaba un defecto en el hueso, precisamente en el punto que caía sobre el seno. Dicho defecto ó laguna se defendió durante mucho tiempo por medio de una placa de celuloide, pero últimamente quiso el mismo interesado que dicho defecto se le cerrara por medio de una operación autoplástica.

El autor practicó una operación autoplástica por el procedimiento de Müller-König, excindió la cicatriz y encajó en ella la placa ósea. Al mismo tiempo cerró por medio de un colgajo cutáneo la pared posterior del conducto auditivo externo. Curación.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung*).—R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 19 de Mayo de 1905.

Detención de desarrollo de la vagina y de los genitales internos. — El doctor *Enrique Peham* presenta una mujer de cuarenta años, que nunca ha tenido menstruación ni molimen menstrual. Las mamas están bien desarrolladas y el monte de Venus está poblado de pelo del modo normal. También aparecen normales los grandes labios, las ninfas y el clítoris. La zona que corresponde á la vagina obliterada está rodeada por una orla gruesa é irregular, el himen, y se puede hundir hacia adentro con el dedo como unos 15 milímetros. Si se penetra más, entonces el dedo llega sin dificultad y á través de la uretra, anormalmente dilatada, á la vejiga, habiéndose verificado de este modo el coito desde la edad de veinte años, en que se casó esta mujer, cuyos libido y sensación sexuales parecen ser normales. Sólo en estos últimos años se desarrolló una ligera incontinencia. Los genitales internos no se encuentran por medio de la exploración. En el anillo inguinal exterior de ambos lados se percibe por medio del tacto un cuerpo pequeño y en forma de concha, que el autor cree son los ovarios.

Tratamiento de la coxitis.—El Dr. *Adolfo Lorenz* reproduce extensamente las objeciones que había hecho en la última sesión contra el tratamiento propuesto por de Mosetig, que consiste en conseguir una pseudoartrosis después de las operaciones de la coxitis. Por de pronto, presenta 15 enfermos que se han curado todos ellos sin operación y con anquilosis, y que aparecen con un resultado excelente, tanto estético como funcional. Presenta, además, una serie de casos de coxitis florida que aún se hallan en tratamiento; si se juzgara á estos enfermos por sólo su manera de andar, costaría mucho trabajo conocer que padecen de coxitis.

La operación debe ser la *ultima ratio;* son mucho más importantes los métodos conservadores. De éstos hay que rechazar el método de la suspensión absoluta de la función del miembro enfermo por medio de la extensión y del tratamiento en cama, y lo mismo debe decirse del tratamiento llamado ambulante, que consiste en la exclusión absoluta de la función de la pierna enferma por medio de un aparato portátil de extensión y de fijación. El principal inconveniente de estos métodos consiste en la atrofia, á menudo irreparable, de toda la pierna; consecuencia de la exclusión funcional absoluta, y continuada por muchos años, de la articulación. Por otra parte, el mejor aparato de caderas no es, en último término, otra cosa que una muleta oculta debajo de las ropas.

El conferenciante practica desde hace unos diez años el método funcional y fisiológico del tratamiento conservador, que consiste esencialmente en que la articulación no se extiende nunca, sino que, por el contrario, tanto al miembro enfermo como á toda la extremidad se le imputa la aptitud funcional de soportar el peso del cuerpo por muchos años que dure la enfermedad. Aun en lo más culminante del proceso, rara vez se interrumpe por completo esta función; generalmente sólo en parte y por muy poco tiempo relativamente. La experiencia ha enseñado que el hecho de cargar con peso á una articulación de la cadera enferma, pero bien fijada, no ocasiona generalmente dolor, si se exceptúa una fase relativamente corta. El principio del método consiste, por lo tanto, en que á los niños se les deja andar apoyándose directamente en su miembro enfermo, pero bien fijada la cadera, mientras es posible hacerlo sin dolores, y en aliviar de carga á dicho miembro cuando se resienta de dolores la articulación, lo preciso para que desaparezca el dolor.

El Dr. *Alberto de Mosetig-Moorhof* manifiesta que el tratamiento de la coxitis debe ser al principio puramente expectante, ortopedicohigiénico; si hay supuración, deberá practicarse también por vía de ensayo la artrooncotomía de Lorenz. Pero en los casos graves en que hay además luxación espontánea y formación extracapsular de abscesos, que van acompañados siempre de movimiento febril, la resección satisface una indicación vital y urgente. Y hasta conviene en aquellos casos en los que quedan fístulas duraderas en el curso de la formación de los abscesos, porque tales fístulas son indicio de que, á pesar de la curación aparente, aún quedan como adormecidos focos patológicos en el tejido óseo.

El Dr. *Antonio de Eiselsberg* se manifiesta de acuerdo en lo esencial con de Mosetig, pero hace notar que la discusión se plantea sobre bases diferentes, puesto que mientras de Mosetig ha hablado principalmente de casos

graves y que sólo se tratan por medio de la operación, Lorenz ha tenido presentes casos más leves.

Sífilis congénita.—El Dr. *Carlos Hochsinger* presenta un caso de sífilis congénita, que fué tratado de un modo muy incompleto en la edad de la lactancia, y que prescindiendo de algunas recidivas sifilíticas genuínas (en el hígado y en el cerebro), ha sido afectado también por las afecciones llamadas para y metasifilíticas.

A la edad de cinco años se presentaron sífilis hepática y hemoglobinuria paroxística; á los once, manifestaciones de sífilis cerebral con parálisis oculomotoras; á los trece, enuresis, afección aórtica y molestias neurasténicas; á los diecisiete, infantilismo y primeras manifestaciones de una tabes dorsal, cuya existencia aún hoy se puede comprobar; á los dieciocho, artromeningitis de las articulaciones del dedo pequeño. La imagen radiográfica de la mano de este joven presenta anomalías que se relacionan con el infantilismo; tales son una osificación deficiente en las epífisis de los huesos de las falanges, que en vez de haberse osificado á los diecisiete años, todavía se conservan cartilaginosas. Enseña, además, la radiografía que los huesos están sin alteración y que los abultamientos articulares son debidos únicamente á engrosamiento de las membranas sinoviales. Vemos, por consiguiente, que esta sinovitis crónica hipertrófica se ha presentado tan sólo en las articulaciones de los huesos largos de cortas dimensiones.

El Dr. *Hermann Teleky* pregunta si ha sido tratada la madre de este joven, puesto que este dato sería de mucho interés para resolver la cuestión de si puede pasar la sífilis al niño sin enfermedad de la madre.

El Dr. *Hochsinger* dice que la cuestión no puede resolverse de este modo definitivamente; por lo demás. en la madre no se han comprobado nunca manifestaciones patológicas.

Ictiosis congénita. — El Dr. *Gustavo Riehl* presenta una niña de dieciocho meses, hija de madre sana y hermana menor de otro niño que no tiene nada anormal. El padre parece también estar sano y no es pariente de la madre. La niña aparenta tener nada más que un año, es muy viva y no presenta más anormalidad que la ictiosis. El cuero cabelludo está cubierto por una cáscara dura, córnea y agrietada, y atravesada en parte por mechones de pelo. La mitad superior de ambas orejas está empotrada en masas córneas y callosas y fija á la pared craneana. Los párpados superiores son rudimentarios, los inferiores son cortos y están separados del globo ocular; la conjuntiva, muy rubicunda, se halla en ectropión, conjunto que se encuentra en los casos típicos. El tronco se halla revestido de una coraza córnea bastante gruesa y que aparece dividida en escudos sueltos por un sistema de surcos; el grueso de la capa córnea es de 1 á 3 milímetros. Se encuentran depósitos análogos en los brazos, apareciendo mucho más gruesos en las superficies de flexión. Es notable, en cambio, que no exista nada de queratosis en la mitad inferior del cuerpo y en la mitad inferior de la cara. La punta de la nariz, las alas de ésta y los labios presentan una conformación del todo normal.

El Dr. *Isidoro Neumann* dice que lo notable de este caso es la edad del sujeto, porque estos enfermos generalmente nacen ya muertos ó mueren al poco tiempo de nacer. Todos los casos conocidos hasta ahora presentan,

como éste, engrosamiento de la epidermis y fisuras profundas, que se forman con las primeras inspiraciones ó en el mismo claustro materno; en este caso, se encuentran á veces algunos islotes de zonas de epidermización.

Cáncer operado del colon. — El Dr. *Antonio de Eiselsberg* presenta un cartero, de cincuenta y dos años, que fué operado hace quince por Billroth, á causa de un neoplasma del colon transverso y del tamaño de la cabeza de un feto, que estaba muy adherido á las partes inmediatas. La operación había consistido en resección del intestino grueso con sutura axial subsiguiente. El tumor era un cáncer glandular. En la cicatriz se formó una fístula estercorácea, que más tarde dió salida también á la orina. Para tapar esta fístula, se tomó un colgajo en forma de puente de la parte lateral del abdomen y se ingertó en la herida con éxito completo. El individuo está ahora perfectamente curado, siendo de notar la larga duración de la supervivencia (quince años).

Protesis facial con gelatina —El Dr. *Antonio de Eiselsberg* presenta un empleado de veintidos años, al que le practicó la resección del maxilar superior en noviembre de 1902, á causa de un tumor voluminoso que sobresalía en la boca. De resultas de la operación quedó una gran comunicación entre la boca y las fosas nasales, y como también había sido necesario extirpar parte de la piel, el enfermo estaba muy desfigurado. El microscopio hizo ver que se trataba de un fibroma teleangiectásico con calcificación y focos de osificación en su interior. La comunicación entre la boca y las fosas nasales se cerró por medio de una protesis de dentista, con la cual ha mejorado mucho el lenguaje. Para corregir la desfiguración se practicaron inyecciones de vaselina en los carrillos, pero como no bastaran, pegó Heuning un trozo de gelatina pintada y con esto apenas se conoce el defecto.

El Dr. Juan Henning: Esta protesis está hecha con gelatina, á la que se le añadió glicerina, que le da una elasticidad permanente. La masa incolora se calienta hasta liquidarla, y entonces se le añade un polvo de color parecido al de la piel, y cuando está bastante fina, se pega sobre el defecto respectivo. Para facilitar la adherencia, se lavará antes la piel con éter. Las venitas se imitan intercalando en la masa fibras de lana rojas y finamente cortadas. Este procedimiento es tan sencillo, barato y fácil, que los mismos pacientes lo aprenden muy pronto. Estas protesis faciales tienen grandes ventajas sobre las rígidas de celuloide.

La insuflación de oxígeno para facilitar los exámenes radiológicos. — El doctor Isak Robinsohn: El método que hemos ensayado Werndorff y yo en los Institutos de Holzknecht y de Lorenz, se funda en la interposición de un medio de menor peso específico entre dos tejidos que por tenerlo igual no se pueden diferenciar por medio de los rayos X. Se insufla oxígeno en las articulaciònes, bolsas mucosas, vainas tendinosas, intersticios de tejidos, etcétera, lográndose de este modo que partes blandas que estaban en recíproco contacto se separen y que también aparezcan separadas sin sombras respectivas en la imagen radiográfica, á la manera como destaca la sombra del corazón sobre el fondo claro del pulmón.

Empleando este procedimiento en la rodilla, aparecen desplegadas las distintas porciones de la cápsula; la cavidad articular propiamente dicha

aparece separada por un surco bien marcado de la bolsa suprapatelar; se ve el seno posterior de la cápsula corrrespondiente á los cóndilos y se pueden seguir bien los puntos de inserción de la cápsula; también se distinguen el revestimiento cartilaginoso, los meniscos, los ligamentos cruzados y otros detalles.

Este método nos permite estudiar de un modo directo y primitivo en las esiones de las partes blandas, procesos patológicos de las articulaciones que hasta ahora no podíamos conocer por medio de los rayos X hasta que habían conducido á alteraciones secundarias en las partes óseas de las articulaciones (atrofia, deformaciones artríticas).

El Dr. Roberto Verndorff: En la artritis crónica podemos ahora distinguir, por medio de los rayos X, los tres tipos que nos enseña la Anatomía patológica: 1.°, formas con derrame seroso sin lesiones en las partes blandas; 2.°, formas con vegetaciones ó depósitos en la sinovial, con ó sin participación del cartílago, con ó sin lesiones del esqueleto óseo; 3.°, degeneración fibromatosa grave de la cápsula, que conduce á una obliteración parcial de la cavidad articular, sin que el examen radiológico compruebe la existencia de lesiones en el cartílago ó en el hueso, aunque la afección dure muchos años. Estas últimas formas son especialmente las que hasta ahora se habían sustraído por completo á la comprobación radiológica.

En otro caso hemos conseguido, por medio de la insuflación, demostrar la existencia de un lipoma arborescente.

La importancia del método de insuflación para el diagnóstico precoz de los procesos tuberculosos de las articulaciones, se aprecia muy bien comparando imágenes de algunos casos de tuberculosis de las partes óseas de la articulación con aparato capsular intacto, con otras en que existen graves lesiones de las partes blandas (obliteración incipiente de la cápsula, desgaste y desprendimiento del cartílago, etc.), con esqueleto intacto.

La aguja de inyección se introducirá con todas las precauciones quirúrgicas consabidas; á veces habrá de ir precedida de la punción de un derrame. Si se trata de la cadera, la inyección se practicará al mismo tiempo que se procede á la radioscopia (con el trocoscopio). Que la inyección de oxígeno, aun en los mismos vasos, está exenta de peligros, nos lo han demostrado Gärtner en los animales, y los clínicos en la especie humana. Sin embargo, se deben seguir ciertas reglas en que ha insistido mucho Gärtner, á saber: 1.°, empleo de oxígeno purísimo; 2.°, mantenerse, para lo que se refiere á la velocidad de penetración y tensión (manométrica) del gas, en los límites que ha demostrado el empirismo que no se deben pasar.

(Wiener Klinische Rundschau).—R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de las hemorroides. — Pueden asociarse con éxito en el tratamiento de las hemorroides la estovaína, que calma el dolor, y la adrenalina, que descongestiona la mucosa y contiene la hemorragia. Las hemorragias pueden dar sangre y ser ó no procidentes. En el primer caso, el enfermo debe cada tres ó cuatro horas lavarse la región del ano con agua hervida tibia, y después de vuelto, aplicar un tapón de algodón mojado en la preparación siguiente, al baño maría:

Estovaína	50 centígramos.
Disolución de adrenalina al 1 por 1000	50 gotas.
Agua	20 gramos.

Encima del algodón se aplica un trozo de hule de seda.

Si las hemorragias no son procidentes, el enfermo se pondrá mañana y noche un enema evacuador con 60 gramos de agua de malvavisco, y después de defecar, introducirá en el recto un supositorio compuesto de:

Estovaína	3 centígramos.
Ortoformo	10 —
Disolución de clorhidrato de adrenalina al 1 por 1000.	4 gotas.
Extracto de belladona	1 centígramo.
Ungüento populeón	3 gramos.

(*La Presse Medicale*, 10 mayo 1905). — F. Toledo.

La afasia transitoria en el tifus abdominal. — En concepto del Dr. Hahn, la afasia transitoria que se observa en algunos casos de fiebre tifoidea, no puede reconocer por causa lesiones anatómicas estables y groseras, puesto que se trata de un síntoma que aparece y desaparece de un modo paroxístico, que suele durar muy poco tiempo, y que se presenta á menudo en la convalecencia, ó sea en una época en que se verifica la reparación de todas las alteraciones anatómicas.

La causa de dicha afasia debe ser de naturaleza pasajera y consistir en procesos vasomotores provocados por alguna toxina, pudiendo aducirse á favor de esta hipótesis la aparición simultánea de fenómenos vasomotores del tegumento general ó la de un edema agudo.

El pronóstico de la afasia transitoria es tanto más favorable cuanto más tarde se presenta el síntoma en la convalecencia.

(*Wiener klinische Wochenschrift*). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

SOBRE LA ACCION ACUMULATIVA DE LA DIGITAL

Y EL MODO DE EVITARLA

POR EL

DR. MIGUEL GIL Y CASARES

Catedrático de Clínica Médica en la Universidad de Santiago.

La digital es el tónico por excelencia del corazón debilitado. Sus indicaciones son múltiples; sus efectos maravillosos en muchos casos. No es el objeto de este trabajo hablar de las primeras; baste recordar que en todas las afecciones valvulares del corazón (incluso en las del orificio aórtico) y en las del miocardio, trátese de la superdilatación por fatiga, de las miocarditis ó de la infiltración y degeneración grasosa; en las pericarditis, en el asma cardíaco y en ciertos casos de aneurisma aórtico, la digital conviene casi siempre desde el instante en que el corazón desfallece más ó menos (insuficiencia relativa y absoluta). También es útil la digital para reforzar la energía del corazón en ciertos períodos del enfisema pulmonar y de las bronquitis y neumonías crónicas, en algunas cardiopatías consecutivas de enfermedades del riñón, en las neumonías y en muchas enfermedades infecciosas. En estas últimas, si se teme que el corazón desfallezca en lo sucesivo, es oportuno administrar la digital, no sólo para conservar el vigor del órgano cardíaco, sino para mantener la tonicidad de las arterias, evitando su dilatación paralítica, la acumulación de sangre en los vasos de la cavidad ventral y el colapso. En tales casos, la digital y el alcohol son quizás nuestros recursos más poderosos.

La simple enumeración que precede, demuestra sobradamente la importancia del medicamento; mas es preciso que el clínico sepa

manejarlo con pericia en lo que se refiere á la forma farmacéutica más eficaz, á las dosis y á la persistencia de las mismas. Las hojas de digital pulverizadas son preferibles, casi siempre, á la infusión y á las tinturas, y también á los glucósidos de la planta. Pero las hojas de digital son una droga de actividad muy variable según el terreno en que la planta crece espontánea, el momento en que las hojas se recolectan y la forma en que se desecan y conservan. Por esto es muy de desear, como dice el profesor Hoffmann (1), que los farmacéuticos expendan exclusivamente hojas de digital de igual eficacia, comprobada por la experimentación en los animales. Las casas alemanas de Golaz, Siebold & Ziegelheim, de Marburgo, y Cäsar, de Halle, siguen ya el expresado consejo.

En el supuesto de que la digital se halle indicada y de que dispongamos de un producto de eficacia conocida, ¿cuáles son las dosis oportunas y con qué persistencia debemos darlas?

Todos los médicos saben que la digital es medicamento que se acumula en el organismo, es decir, que aun después del uso prolongado de dosis muy pequeñas, sobreviene bruscamente un efecto análogo al que se observa dando una sola dosis excesiva. Hay, pues, cierto peligro de intoxicar al enfermo, y la eventualidad de esta contingencia es causa de que muchos prácticos manejen la droga con tanta prudencia que privan al enfermo de los beneficios apetecidos.

El ilustre clínico Hermann Eichhorst insiste sobre el particular en un interesante trabajo publicado recientemente (2). «Resulta de mi » experiencia personal, fundada en un número no despreciable de » observaciones, dice, que se ha exagerado mucho esta acción acu- » mulativa..... Las dosis de digital que yo empleo no son escasas » ciertamente, y sin embargo, no recuerdo que hayan determinado » nunca aquella acción ».

Eichhorst prescribe las hojas de digital en papeles de 0'10 gramos, asociando aquel agente con diuretina (1 gramo por papel) y azúcar. La dosis diaria es de tres papeles para los enfermos adultos, y éstos la usan en general durante diez días consecutivos. Hoffmann conviene con Eichhorst en que la tan temida acción acumulativa es mucho más rara de lo que se afirma, y yo puedo asegurar lo mismo fundándome en muchas observaciones personales anteriores á la fecha en que Eichhorst publicó su trabajo. Pero yo he partido de puntos de vista diferentes de los que Eichhorst sustenta.

(1) *Deutsche med. Wochenschrift*, 1905, núm. 18.
(2) *Deutsche med. Wochenschrift*, 1905, núm. 2.

En octubre último ingresó en la Clínica universitaria de mi cargo una enferma de cuarenta y cuatro años, con insuficiencia mitral y pérdida completa de la compensación: cianosis, disnea, tos con expectoración herrumbrosa, pulso frecuente, pequeño é irregular, dilatación cardíaca hacia ambos lados, infarto hepático, ascitis y edemas universales considerables, orina escasa y albuminosa. Como la enferma no había sido sometida al tratamiento por la digital, recurrí en primer término á este agente en dosis moderadas. El resultado fué negativo y á las cuarenta y ocho horas se presentaron fenómenos de acumulación. Fué menester suspender el medicamento y apelé en cambio á los calomelanos como diurético (0'60 gramos por día en tres sellos). Al tercer día se inició una diuresis enorme; la cantidad de orina expulsada llegó á 5 litros y la paciente mejoró notablemente. Recurrí entonces de nuevo á la digital con resultado bastante satisfactorio y sin que se presentasen fenómenos de acumulación; pero, para sostener la diuresis, apelé simultáneamente al tratamiento con diuretina (3'0 gramos por día). Pude prolongar este tratamiento durante más de veinte días sin observar fenómenos tóxicos, y sospechando que su ausencia dependía exclusivamente del aumento de la diuresis, decidí verificar nuevas observaciones.

En otros muchos casos relativos á cardiópatas, pleuríticos con derrames serosos ó hemáticos, enfermos con hidropesías de diverso origen y personas con procesos infectivos, siempre que creía oportuno vigorizar la energía del corazón ó aumentar la diuresis, he prescrito y prescribo dosis elevadas de hojas de digital, asociadas con agentes diuréticos, sin observar nunca fenómenos bien marcados de acumulación.

Para evitar ésta, resulta, pues, necesario producir aumento de la diuresis. Pero, ¿es que la digital no es ya diurética por sí misma? Los autores difieren en este asunto. Trousseau no dudaba en manifestarse por la afirmativa. Para Dujardin-Beaumetz, la digital y la digitalina deben figurar á la cabeza de los diuréticos tensores (1). Lauder-Brunton se expresa contradictoriamente á este propósito. En su *Tratado de Farmacología y Terapéutica* (2) dice, «que la digi-« tal parece determinar una disminución en la secreción de orina, » produciendo una contracción poderosa de los vasos renales, y que

(1) Dujardin-Beaumetz: Las nuevas medicaciones, 2.ª parte. Versión española, pág. 158.

(2) Lauder-Brunton: Traité de Pharmacologie, etc. Versión francesa. Bruselles, 1888.

» administrada en altas dosis podría detener por completo la secre-
» ción urinaria, y también probablemente la circulación en los riño-
» nes » (pág. 56). En la pág. 1114 dice: « A altas dosis, la digital de-
» termina una diuresis abundante », y más adelante (pág. 1117), al hablar de experimentos practicados en su propia persona, afirma « que la digital en pequeñas dosis no tiene acción marcada sobre la » secreción urinaria, al paso que las dosis fuertes del medicamento » aumentan la diuresis de un modo notable ». En sus *Lecciones sobre la acción de los medicamentos*, sostiene «que la diuresis es uno de los » efectos más útiles debidos á la digital » (1).

Para Penzoldt (2), el aumento de la diuresis depende del aumento de la presión sanguínea; el medicamento (la digital) no ejerce ninguna influencia diurética directa.

Por fin, Nothnagel asegura que, en el hombre sano, las dosis pequeñas ó grandes de digital no influyen sobre la cantidad ni la composición de la orina, y que ésta disminuye algo cuando sobrevienen síntomas generales de intoxicación (3).

¿Cómo explicar opiniones tan respetables como contradictorias? En mi parecer, el problema es sencillo: si el corazón está sano, la digital no modifica ostensiblemente la secreción urinaria, porque si bien es cierto que aumenta la energía de las contracciones cardíacas, produce estrechamiento de las arterias, y la cantidad de orina segregada depende, no sólo de la rapidez y tensión con que circula la sangre por los vasos renales, sino del calibre de éstos, de su grado de dilatación. Yo he prescrito muchas veces la digital en las hidropesías de causa no cardíaca sin conseguir el menor resultado diurético; antes por el contrario, la diuresis disminuía al poco tiempo, porque la digital se acumulaba y la tensión arterial descendía. Pero cuando el corazón está débil, si existe descenso de la presión arterial, aumento de la venosa y trasudaciones edematosas, la digital actúa como diurético, porque moviliza las fuerzas de reserva del corazón, aumenta la tensión en las arterias, disminuye la congestión venosa, favorece la absorción de los derrames y activa la circulación renal.

Así, pues, la digital no produce efectos diuréticos, fuera de los ca-

(1) *Biblioteca económica de la* Revista de Medicina y Cirugía prácticas, pág 827.

(2) Penzoldt: Manual de Farmacoterapia clínica. Versión española, páginas 270-271.

(3) Nothnagel u. Rossbach: *Arzneimittellehre*. Berlin, 1894, S. 848.

sos en que la disminución de orina es resultado de la incapacidad funcional del corazón. En tales condiciones, los efectos diuréticos cesan desde el instante en que el equilibrio circulatorio se ha restablecido, y desde ese mismo momento comienza el peligro de que la digital se acumule. Para prevenirlo, es de todo punto necesario asociar aquella droga con medicamentos diuréticos propiamente dichos.

Hé aquí cuál es mi manera de proceder:

En las cardiopatías no compensadas, prescribo desde luego la digital en dosis elevadas á la vez que los agentes diuréticos:

Hojas de digital tituladas.....	0'10 gramos.
Diuretina (ó agurina).....	1'00 —

En una oblea. Iguales X. Tómese una oblea cada ocho horas.

Al propio tiempo, recomiendo el reposo completo en la cama, la alimentación apropiada y las demás precauciones usuales en estos casos. A los dos ó tres días suelen observarse los efectos favorables de la medicación; si entonces no aparecieran, será dudoso que se presenten más tarde. Nuestra conducta ulterior se ajustará á las condiciones de cada caso. En ocasiones podremos suspender la digital, apelando, si se considera preciso, á la tintura de estrofanto, á los baños salinos carbónicos, etc. (1). Otras veces convendrá insistir en el empleo de las mismas dosis de digital, observando cuidadosamente al enfermo. Hay autores que recomiendan disminuir la cuantía de las dosis de digital; pero parece que las dosis pequeñas habitúan el corazón y que éste no obedece más tarde á los dosis elevadas si su repetición es necesaria.

Igual conducta sigo cuando pretendo evitar el desfallecimiento cardíaco en las neumonías y en otras enfermedades infecciosas, ó cuando conviene favorecer la diuresis reforzando las energías del órgano circulatorio (pleuritis serosas ó hemáticas, ascitis de origen hepático ó tuberculoso, ciertos casos de mal de Bright).

Si el cardiópata sufre gran disnea, cianosis, catarro gastro-intestinal y edemas considerables, no doy la digital desde el primer momento, pues probablemente fracasaría. Apelo, en cambio, á la cafeína, al alcanfor y al éter por vía subcutánea, y prescribo un diurético, sean los calomelanos, sea el acetato de teocina sódica, que,

(1) Acerca de estos particulares, véase, por ejemplo, Krehl, Enfermedades del aparato circulatorio, en el Tratado elemental de Patología interna, dirigido por v. Mering, tomo I, versión castellana.

en mi opinión, es el diurético más seguro y eficaz de todos los conocidos.

Tabletas Bayer de acetato de teocina sódica á 0'10 gramos.

Número XX.

Tómense tres á cinco tabletas en las veinticuatro horas durante uno ó dos días. (La teocina debe tomarse disuelta en agua. Está contraindicada en las nefritis agudas).

Desde que aumenta la diuresis, podrá apelarse á la digital con grandes probabilidades de buen éxito. El fracaso anterior dependería, según mi parecer, del estado de congestión pasiva del tubo digestivo y de lo defectuoso de la absorción. No creo que sea necesario explicarlo por estados de superdilatación cardíaca.

Siguiendo la conducta expresada, se observará quizás alguno que otro caso en que la digital se acumule; pero deben ser muy raros. Yo he dado dosis diarias de 0'3 gramos de hojas de digital con substancias diuréticas durante diez, quince y aun veinte días consecutivos sin que la acumulación sobreviniera. En cambio, es relativamente común que se presente irritación gástrica, evitable en parte si se ingiere la droga después de tomar alimento.

En resumen, la acumulación de la digital puede evitarse asociando aquel producto con agentes diuréticos, que favorecen su eliminación. La digital carece de propiedades diuréticas verdaderas fuera de los casos de debilidad cardíaca. El peligro de acumulación es inversamente proporcional al grado en que la diuresis tiene lugar.

DORSAL DISPLACEMENT

POR EL

DOCTOR D. JULIO LARRÚ

Tocólogo primero, por oposición, de la Beneficencia municipal de Madrid, etc., etc.

(Conclusión).

En nuestra primera observación, la prominencia suprapubiana, la imposibilidad de circunscribir el borde anterior del estrecho superior y el dolor en el hipogastrio, así como los trastornos urinarios que se presentaron en el último período del embarazo, permiten asegurar que el *dorsal* completo estaba constituído bastante tiempo antes del parto. Por el contrario, en nuestro segundo caso, tratándose

de una matriz blanda, flexible y paredes abdominales delgadas, lo que nos permitió apreciar con evidencia que el primer tiempo del encajamiento se verificó casi en el momento del parto, puede asegurarse también, sin género alguno de duda, que la posición anómala se constituyó en dicho momento.

Siquiera sea á título de hipótesis, supongo que dicha posición debe verificarse en la mayor parte do los casos al mismo tiempo que el encajamiento más ó menos graduado de la cabeza. Colocado el brazo, ya en una posición viciosa que lo aproxima á la cabeza, alejándole del pecho y más ó menos deflexionado, repetimos que se encuentra en condiciones abonadas para formar una procidencia simple, si se coloca la mano longitudinalmente en relación con la cara, mejilla ú oreja, y para convertirse en dorsal si se relaciona con el cuello, ó mejor dicho nuca, más ó menos transversalmente, pero es difícil admitir que antes del encajamiento y prescindiendo de las presentaciones de cara, fibroma uterino ó retracción del anillo de Bandl, así como del hidramnios, exista espacio suficiente entre la nuca fetal y la pared uterina, para que el *dorsal* se complete.

Es difícil admitir, asimismo, que en ausencia de retracción del anillo de Bandl ó de fibroma intrauterino, se verifique la detención del parto por esta causa, antes de que el brazo choque contra el pubis, y esto lo reconoce el mismo Simpson al dar la extensa definición de esta distocia, la cual es, en nuestro concepto, distocia de hombros más que de cabeza.

Es natural suponer que en el *dorsal*, como en las procidencias, se verifique la reducción espontánea con la misma ó quizá con mayor frecuencia que en las procidencias sencillas y con la frecuencia que en éstas se verifica, ha podido apreciar todo el que, asistiendo gran número de partos, verifique siempre un tacto detenido y metódico. Y supongo que la frecuencia de la reducción espontánea será mayor en el *dorsal*, porque el miembro procidente tiene más espacio para atravesar el estrecho superior juntamente con la cabeza en el segmento posterior que en el anterior.

Por el contrario, si la mano y el antebrazo se encuentran en dirección oblícua ó con mayor motivo transversal con relación al eje del feto, la mano colocada en la parte posterior del cuello tendrá tendencia á dirigirse hacia adentro como hemos dicho; pero lo posible será que la posición casi transversal no se verifique hasta el encajamiento de la cabeza y, por tanto, que el *dorsal* no pueda completarse hasta ese momento, si es que no se reduce.

De todos modos, parece indudable que el *dorsal displacement* aun constituyendo una distocia típica, debe iniciarse por una tendencia hacia la procidencia del brazo, y por tanto, las múltiples causas de éstas serán las del *dorsal*.

Los pocos autores que han tratado esta distocia, así como el mismo Simpson, no la significan sintomatología alguna y aseguran que sólo puede reconocerse sino cuando la detención del parto obliga á practicar un tacto profundo; pero como quiera que ese tacto manual sabemos necesita anestesia, de no ser sumamente penoso, violento y hasta peligroso, claro está que nos exponemos á que se haya verificado no sólo la distocia, sino el enclavamiento, cuando nos creyéramos justificados para emplear ese tacto manual profundo. De aquí la importancia grandísima que tendrá todo síntoma que siquiera sea á título de revelador, nos ponga en camino de investigar esta distocia, y por tanto, de procurar evitar sus funestas consecuencias, si es posible en tiempo oportuno. Esta es la principal misión que yo me he impuesto con este trabajo y que muy de veras me alegraría cumplir lo más satisfactoriamente que me sea posible.

Si el conocimiento de esta distocia estuviese más generalizado, ó si los pocos que la conocen no estuvieran obsesionados con su supuesta rareza, tengo la seguridad que por palpación podría diagnosticarse, como tengo la seguridad también que la hubiera diagnosticado en mi primer caso si la hubiere conocido. Así Long *se admiró* al encontrar en una OIDA una pequeña eminencia en la pared hipogástrica formada por el codo del feto, pero que yo sepa no pasó de extrañeza ante tan palmaria observación.

Ya que no podamos asegurar en absoluto que la palpación durante el embarazo pueda permitirnos asegurar el diagnóstico, debe por lo menos hacernos recordar esta distocia el *abullamiento suprapubiano*. Si recordamos todas las causas que pueden producirle, desde la simple obesidad hasta el embarazo gemelar y consideramos que no es difícil para un buen tocólogo poderlas precisar, creemos que siquiera no sea más que por exclusión, es síntoma é indicio de gran valor que puede guiarnos á investigar esta distocia.

La desviación lateral del cuello, unida á la situación longitudinal del útero, debe ser otro elemento no despreciable durante el embarazo indicándonos que una parte del segmento inferior puede encontrarse presa entre la línea innominada y un obstáculo, y que ese obstáculo puede ser el brazo en posición viciosa.

Mayor valor debe tener *el espacio insólito que siempre existirá*

entre la cabeza y pubis, pues por mucho que cabalgue el brazo sobre la sínfisis siempre ha de constituir un obstáculo que impida fijarse la cabeza á la parte superior del pubis, como generalmente se observa, hasta el punto que sabemos que en mujer bien conformada, sin rigidez de partes blandas y en ausencia de distocia fetal, la causa más frecuente de lentitud en el parto es la fijación de la cabeza al pubis, como lo demuestra la insufrible presión que experimenta el dedo cogido en una contracción entre esa parte y la cabeza y lo demuestra también el resultado de la sencilla maniobra de Laforré.

Por lo tanto, si ante la carencia de otras causas que nos expliquen la detención ó lentitud del parto observamos ese espacio insólito, debemos pensar en seguida en la distocia que nos ocupa. Ese espacio parece providencial en este caso, pues nos permite, sin grandes molestias para la mujer, verificar un tacto más ó menos profundo sin las violencias que exige el tacto manual. Nos permite, hasta sin anestesia, verificar un tacto *á media mano*, como con gran oportunidad dice Schrœder. Claro está que hemos de descontar la posibilidad de una curvadura exagerada del arco anterior y la situación transversal de la sagital que pone en relación con dicho arco al segmento temporo parietal, de mayor radio que el occipital, pero en este caso no existirá lentitud ó detención del parto como no se trate de una verdadera viciación pelviana y, además, ese tacto *á media mano* puede sacarnos de dudas.

Existe otro dato, siquiera no sea de tanto valor, pero que puede por lo menos hacernos pensar en la posibilidad de esta distocia. *Tal es la cesación más ó menos rápida de los dolores, y ante todo, ese carácter típico de abortados.* Estos dolores son análogos á los descritos por Mauriceau, Smellié, Lévret, Désomeaux, Guillemont, Chantreuil y Leroy, en caso de cortedad del cordón, dolores que he tenido ocasión de observar hasta donde es posible observar el dolor ajeno, y que en algunas ocasiones me han permitido sospechar vueltas del cordón que he comprobado. No obstante, el carácter de estos dolores *abortados* es diferente, porque así como en caso de cortedad del cordón el dolor se suprime bruscamente al fin de la contracción uterina, aun presentando esta contracción una intensidad considerable, en el dolor *abortado* por el *dorsal*, ó quizá también por procidencia simple, se inicia con apariencias de enérgico, pero cesa menos bruscamente antes de llegar al período álgido. La señora á que se refiere mi segundo caso los calificaba de *sosos*.

Mucho debe decirnos ya la *pequeñez relativa de la cabeza y su escasa osificación unida á la amplitud pelviana y flacidez de sus partes blandas*. Si descartamos toda otra distocia fetal, si descartamos el obstáculo producido por retracción del anillo de Bandl ó por fibroma intrauterino, y si lo que es algo más difícil, eliminamos también la cortedad del cordón que, como sabemos, produce en ocasiones defecto de descenso y detención más ó menos prolongada y casi constante en la excavación ó genitales externos, debemos pensar por lo menos en el *dorsal displacement*, poniéndonos en camino de investigarle por los signos que venimos analizando.

Era notable en nuestro primer caso la *adaptación y hasta atirantamiento de la bolsa de las aguas*, y aunque en el segundo se observaba, por el contrario, sobrado abombamiento, es posible que en ciertos casos, en primíparas sobre todo, este signo pueda hacernos sospechar en la existencia de una parte fetal que comprima las membranas contra el contorno pelviano. Excusamos decir que no le damos gran importancia, tanto porque puede presentarse su occitocia ideal, cuanto por necesitar, si es producido por esta distocia, un encajamiento bastante graduado, por eso creemos que en nuestro segundo caso se presentaba abombamiento en demasía.

No tiene gran valor el *dolor constante suprapubiano* que se presentó en nuestra primípara, porque sabemos se presenta por otras causas, pero si las eliminamos, como generalmente sería fácil eliminarlas por la carencia de signos que las caracterizan, y por el contrario, observamos los que venimos describiendo, siquiera sea á título de indicios de esta distocia, estamos facultados para efectuar un tacto más ó menos profundo, con ó sin anestesia, que repetimos es el único medio de confirmar el diagnóstico.

No estamos, por tanto, tan desarmados como todos los autores aseguran para presumir esta distocia, y se concibe el valor que aquí tiene esa presunción, puesto que nos permite ó permitirá en ocasiones resolver el conflicto fácilmente antes que su resolución sea siempre desastrosa por feliz que sea.

El pronóstico de esta distocia no debe ser grave en general, porque si se fragua en el embarazo, permite el encajamiento, por lo que debe coincidir con feto pequeño, y si se fragua en el parto, su reducción espontánea debe ser frecuente, y la artificial fácil si se diagnostica pronto; pero si coincide con pelvis más ó menos viciadas, hidramnios, retracción del anillo de Bandl, si se deja verificar el enclavamiento por espectación prolongada ó simplemente se pro-

longa esa espectación más de lo debido, favoreciendo quizá un tetanismo uterino, fácil es suponer los peligros que puede acarrear, ya por los que consigo lleva el parto lento, ya por lo profundamente agresiva que es una parte fetal como el codo, ó ya ante todo porque pueda darse el caso de no poder teminar el parto sino sacrificando la vida del feto ó con graves operaciones en la madre. No deben olvidarse nunca, y por eso los repetiremos hasta la saciedad, esos casos que recuerda Simpson de craniotomías en fetos vivos con cabezas pequeñas con buena conformación materna y flacidez de las partes blandas, porque algunas tendrá á su cargo seguramente el *dorsal displacement.*

Entre las pocas indicaciones que se han hecho de esta distocia, figuran las de Smith y Evenson, que han observado estas dislocaciones dorsales coincidiendo con presentaciones de cara, y sin discutir ahora si esa presentación puede ser causa ó efecto de esta distocia, bueno es que tengamos en cuenta lo que debe favorecerla la actitud del feto en tal presentación y los obstáculos que puede acarrear al parto si se unen los propios del dorsal á los que lleva consigo la presentación de cara cuando no se deflexiona bien la cabeza ó cuando no rota en las mentoposteriores.

Tampoco debemos olvidar que la deflexión de cabeza en vértice, á juzgar por la lógica y por la observación de nuestros dos casos, debe ser generalmente fatal, y esa sola deflexión, que en la especie parece ser punto menos que imposible reducirla, debe sumar también los obstáculos que lleva consigo á los peculiares de esta distocia.

Admitiendo que el *dorsal displacement* debe tener los mismos fundamentos etiológicos que las procidencias simples de los miembros, y sabiendo que la etiología de éstas es tan múltiple como inevitable, deduciremos fácilmente que toda profilaxis resulta ilusoria.

En este sentido, el *dorsal displacement* tendría la ventaja sobre las procidencias de no sorprendernos cuando hemos efectuado el diagnóstico durante el embarazo; pero aun así, ni disponemos, ni creo podemos disponer de medio alguno que nos permita corregir la posición anómala.

Aunque admitiéramos que la presentación de nalgas era más favorable, sospecho que en este caso la versión por maniobras externas sería imposible, porque el *dorsal* primitivo debe coincidir casi siempre con encajamiento, ó mejor dicho, cierto grado de encajamiento debe ser la condición casi obligada del *dorsal displacement.*

Durante el parto, dicho está que la espectación se impone antes de la rotura de la bolsa.

Simpson significa la conducta que debe seguirse, pero yo me permito creer que deben ser excepcionales los casos en que pueda aceptarse esa conducta, ya por encajamiento exagerado, ya por pérdida de aguas, etc. En efecto, Simpson dice que debe procurarse dirigir la mano hacia abajo y adelante para transformar el *dorsal* en una presentación de *vértice* y *brazo*. Dice también que en ocasiones quizá sea posible rechazar el codo hacia el pecho del niño, y si esto no se consigue, debe verificarse la versión podálica.

Pueden suponerse las dificultades que presentará la transformación del *dorsal* en una presentación de vértice con procidencia simple, cuando Simpson no lo pudo conseguir en su caso, aun cuando el encajamiento debía ser tan poco graduado, que le permitió efectuar la versión. Y si esa, al parecer, sencilla maniobra es tan difícil de realizar, comprenderemos las insuperables dificultades que presentaría rechazar el codo del niño hacia su pecho, lo que precisaría maniobras intrauterinas más violentas y peligrosas que la versión. Respecto de ésta, creemos, como tantas veces hemos mencionado, que si el *dorsal* es completo precisa cierto grado de encajamiento de la cabeza Este encajamiento contraindica en cierto modo la versión; pero no por eso la creemos impracticable, puesto que en los casos de Simpson, Playfair y Murray se resolvió felizmente la distocia mediante esta intervención, lo que no tiene nada de extraño sabiendo que en el caso de Simpson éste la verificó en beneficio del feto, sabiendo también que los ingleses, con razón sobrada, son mucho más aficionados á la versión que al forceps en el estrecho superior, y sabiendo, por último, que el rechazamiento de cabeza para permitir la entrada de la mano en el útero ofrece menos dificultades y peligros de los que se han supuesto.

Por sabido debiera callarse que la elección entre la versión y el forceps dependerá del criterio del tocólogo, dadas las condiciones de cada caso particular. Además, recuérdese que hemos supuesto que el *dorsal* no debía estar constituído en la inmensa mayoría de las ocasiones no estando el brazo del niño en contacto con el segmento anterior del estrecho superior, puesto que el obstáculo esencial á la progresión de la cabeza, como el mismo Simpson reconoció, implica el choque de ese brazo contra el pubis, pero ni hemos negado ni podemos negar que el obstáculo se verifique más arriba, efecto de una retracción más ó menos graduada del anillo de Bandl,

un fibroma uterino, una presentación de cara, un asinclitismo exagerado, etc. En estos casos, dicho está que así como se impone un tacto manual profundo, se impone también la versión, si con otra maniobra no hemos podido reducir la presentación viciosa ó la posición anómala.

Simpson con su envidiable sentido clínico, supone que deben existir muy diversas gradaciones de dislocación de brazo, como palpablemente lo hemos apreciado en nuestros dos casos. Pues bien, en esa gradación y en el grado de encajamiento de la cabeza, estriba indudablemente la línea de conducta que, en mi concepto, debe seguirse. En resumen, y abstracción hecha de las indicaciones y contraindicaciones concretas de cada caso particular, creemos que si el encajamiento es poco graduado, el *dorsal* no debe ser completo y por tanto, la reducción debe ser también siempre posible y con frecuencia fácil Si el encajamiento impide la reducción, demuestra que la cabeza es pequeña y, por tanto, lo indicado es el forceps, sin olvidar hacer la tracción sobre el centro de figura cualquiera que sea el descenso de dicha cabeza.

Si existe enclavamiento más ó menos relativo, quizá fuese posible desprender el brazo, ya con el dedo, ya con un lazo pasado con uno de tantos ingeniosos medios de que disponemos, ó ya con el gancho manejado con la prudencia que exige esta temible y peligrosa arma obstétrica. En este caso es cuando pudiéramos tal vez cumplir el precepto de Simpson.

Posible es también que el *postural tractement* empleado para reducir la procidencia del cordón, auxiliase la reducción de un miembro con tendencia á producir esta distocia, si bien Budin y Tissier no admiten su beneficioso efecto.

Tampoco hemos de olvidar que en el *dorsal* se presenta frecuentemente la laterocidencia, y si esa procidencia, como todas ó más que todas, tiende á recidivar, posible es nos fuera de gran utilidad el procedimiento de Henne para reducir el cordón que, como sabemos, consiste en recubrirle con un trozo de gasa esterilizada antes de reducirle.

Decíamos que era, en nuestro sentir, un error equiparar esta distocia, como lo consideran Budin y Tissier y lo da á entender Playfair, á la que resulta del entrecruzamiento dorsal del brazo en presentación de nalgas. Sabemos, en efecto, que entre las distintas posiciones anómalas que pueden adoptar los brazos en la expulsión ó extracción de la cabeza, detrás figura ese entrecruzamiento que co-

loca el antebrazo del niño entre el segmento anterior del estrecho superior y su occipucio. Sabemos también que en este caso para remediar la distocia se desprende primero el brazo posterior y después se procura llevar el anterior sobre el occipucio, parte lateral de la cabeza y cara, empujando el tronco y cabeza hacia adentro, ó bien se imprime al feto un movimiento contrario al que ha verificado espontánea ó artificialmente para llevar el occipucio hacia adelante, ó bien, por último, se tira del tronco hasta poder alcanzar el brazo y extraerle con el dedo en forma de corchete. Como vemos, ninguna de estas maniobras tiene aplicación en la distocia que nos ocupa, por lo que continuamos sin explicarnos cómo autoridades como Playfair, Budin y Tissier han pretendido establecer su analogía sin distingos.

Cuando se haya verificado un enclavamiento que imposibilite el parto sin intervenciones cruentas, creo será con mucho preferible antes de practicar una cranietomía en feto vivo, verificar una hebotomía.

Van Cauverberche ha demostrado con sus recientes estudios que la separación de 3 centímetros de la superficie de sección produce el aumento de un centímetro en el c. v., de 1'4 en el transverso y de 1'3 en cada uno de los oblícuos, pudiendo llegar hasta la separación lícita de 6'5 sin detrimento de las cápsulas articulares, con cuya separación gana el c. v. 1'8 y hasta 2 centímetros. Como quiera que el aumento de la circunferencia occipitofrontal (según asegura Simpson, aunque yo no comprendo cómo practica esas mediciones en el *dorsal*), no aumenta sino 3 centímetros con la posición anómala del brazo, se concibe que tal intervención, llamada á jugar primordial papel en tocología, suministre amplitud más que suficiente para permitir la salida de cabeza, brazo y hombros.

Termino no explicándome cómo esta interesante distocia ha sido tan olvidada ó insuficientemente tratada por los pocos que la mencionan, y por lo tanto, permanece completamente desconocida para gran número de tocólogos, puesto que su importancia, en nuestro concepto, no puede ser mayor. En efecto, á pesar del grado de exactitud sorprendente á que ha llegado el diagnóstico obstétrico, son bastantes todavía los casos en que no nos explicamos la lentitud de un parto, ni antes ni después de verificarse. De ahí esas atonías é inercias, digámoslo así, esenciales, en que yo creo cada vez menos. Es, pues, más que posible que en gran número de estos casos, por no decir en su totalidad, la lentitud ó detención dependan de esta

distocia, pues las procidencias simples no suelen producirlas, y la retracción del anillo de Bandl, la cortedad del cordón, las monstruosidades fetales, etc., pueden diagnosticarse antes ó después del parto.

Abundan en este trabajito, como habrá podido apreciar el lector, las suposiciones é hipótesis tal vez con exceso; pero no podía ocurrir otra cosa, dada la índole del asunto, las escasísimas observaciones que le sirven de fundamento y el incompleto estudio de esta distocia. Así, pues, no podemos tener la pretensión de haber trazado su cuadro clínico completo, pero sí abrigamos la esperanza de haber allegado algunos elementos á su rudimentaria historia y haber procurado sacarla del inexplicable olvido en que se la ha tenido, por eso también esperamos que nuestra labor no sea del todo estéril.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

I. Anuario Médico-farmacéutico para 1904, por el Dr. Larra y Cerezo. Un tomo en 16.°, encuadernado en tela. Forma el octavo suplemento al Diccionario de bolsillo de Medicina, Cirugía y Farmacia del mismo autor.

II. Plantas Medicinales, por D. Blas Lázaro Ibiza, Doctor en Ciencias Naturales y en Farmacia, Catedrático de Botánica en la Facultad de Farmacia de la Universidad Central. Un tomo en 8.°, de 326 páginas con numerosos grabados. Forma el tomo XLI de los *Manuales Soler*.

III. De la Escoliosis, por el Dr. D. Saturnino García Hurtado, profesor de Ortopedia y enfermedades de los huesos, músculos y articulaciones del Instituto Rubio y de la Beneficencia Municipal de Madrid. Un folleto en 8.°, de 104 páginas, con 48 figuras intercaladas en el texto.

IV. Estudio del pié plano, por el mismo autor. Un folleto en 4.°, de 16 páginas, con cinco láminas.

I

Continúa nuestro querido amigo la utilísima obra que emprendió el año 1904 al redactar su conocido *Diccionario de bolsillo*. Entonces tuvo que llevar á cabo un trabajo verdaderamente abrumador de lectura y de síntesis, para condensar en un tomo en 16.°, de

860 páginas, más de 8.000 descripciones correspondientes á otras tantas voces ó denominaciones técnicas.

Ahora tiene que sacrificar sus horas de descanso, que yo sé son bien pocas, en beneficio de sus compañeros, para hacer un resumen de todas las novedades médicas publicadas durante el año en la prensa profesional española y extranjera, y presentarlas radactadas con muy pocas palabras en un pequeño tomo de un centenar de páginas.

El trabajo que estos suplementos suponen, sólo pueden conocerlo los que hayan llevado á cabo trabajos semejantes y los beneficios que reportan á los médicos prácticos, tan poco sobrados de tiempo para leer, como de recursos pecuniarios para pagar la suscripción de media docena de periódicos profesionales, sólo pueden apreciarlo los que se han visto obligados á ejercer la profesión en pleno campo y sin más libros, formularios, ni revistas científicas que el *Diccionario* de Larra y sus *Suplementos*.

El del año 1904, elegantemente encuadernado, contiene más de 30 artículos correspondientes á otras tantas palabras técnicas, encontrándose entre los más nuevos ó interesantes la descripción de gran número de medicamentos.

II

Pertenece esta obrita á la biblioteca de *Manuales Soler* y es un trabajo de vulgarización científica, tan modesto y tan útil como todos los demás de dicha colección.

El conocimiento de las *Plantas Medicinales* ha de ser de gran utilidad, por no decir necesario á todo el mundo, y al compendiar en un tomo de 300 páginas cuanto en la actualidad se sabe sobre tan importante asunto, el distinguido catedrático de la Universidad Central, D. Lázaro Ibiza, ha prestado un verdadero servicio á cuantas personas deseen completar su ilustración general, adquiriendo conocimientos elementales de todas aquellas materias que les son desconocidas.

Claro está que en espacio tan pequeño como el correspondiente á dicho libro, no es posible desenvolver con holgura las multiples materias que forman el objeto de la *Materia médica vegetal*, pero en los *Manuales Soler* no se trata de eso y los que aspiren á realizar estudios especiales sobre tal asunto, deben recurrir á otro género de obras. En cambio, los que busquen tan sólo un conocimiento superficial y fácil, pero á la vez exacto y completo sobre

las referidas materias científicas, encontrarán en el *Manual* que analizamos un medio seguro de disipar su ignorancia y tal vez un estímulo para emprender más tarde estudios más profundos sobre la misma ciencia.

III

Es un trabajo muy bien pensado y muy bien escrito, donde el Dr. García Hurtado, demuestra sus grandes conocimientos en la especialidad que cultiva y expone el resultado de su propia observación y experiencia, por cuanto se refiere á la patología y tratamiento ortopédico de la *Escoliosis*.

Si el autor no tuviera demostrado sus especiales conocimentos en las enfermedades del aparato locomotor, esta monografía sería suficiente para acreditarle en tal concepto, pues á pesar del escaso volumen de la obra, hay en él más trabajo original, más ciencia positiva y mucha más clínica que en algunos voluminosos tomos formados de recortes y amazacotados con labor ajena.

IV

Las consideraciones que acabamos de exponer, son aplicables al *Estudio del pié plano*, trabajo escrito también por el Dr. García Hurtado, y donde después de describir en pocas páginas, pero admirablemente, la génesis y sintomatología de dicha deformidad, se ocupa del tratamiento que juzga preferible para modificarla.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 13 de Mayo de 1905.

Cefalhematoma. — El Dr. *González Alvarez* hace una comunicación oral sobre el concepto del *cefalhematoma*.

Distingue los abultamientos circunscritos sobre el cráneo de los niños, en cuyo interior se halla sangre del cefalhematoma; una cosa es el trombus, el *caput-succedaneum*, y otra diferente aquel tumor, por su asiento, por

su patogenia y por su anatomía patológica, así como por otras varias circunstancias.

Baginski confunde, sin razón, bajo este nombre, todos los derrames sanguíneos ocurridos en la cabeza del recién nacido; así divide el cefalhematoma en subcutáneo, subaponeurótico y subperióstico. Yo entiendo, dice el Dr. González Alvarez, que ninguna de estas colecciones sanguíneas, fuera de los vasos, puede considerarse como cefalhematoma; los dos primeros son verdaderos trombus, el último no creo que existe; ved si no una fuerte contusión perióstica, una fractura de la bóveda craneal, ocurrida por mala aplicación de forceps, no hallaréis bajo el periostio, ni siquiera en el foco de la fractura, sino una ligera hemorragia sin constituir tumor ó abultamiento, porque la íntima adherencia del periostio no puede vencer la tensión de la sangre vertida.

Presenta dos cráneos con las lesiones que impresas dejó el cefalhematoma. En ellos se ve, dice, que falta por completo la capa externa del parietal, porque la hemorragia, hecho primitivo del cefalhematoma, se verifica en el diploe, y su tensión despega la capa externa, aún no bien formada, que se atrofia, en ocasiones, no por completo; por eso nos da algunas veces sensación de pergamino la superficie externa del tumor en los restos de capa huesosa que quedaron. Debe, pues, llamarse *diplohematoma* al cefalhematoma para distinguirlo de los trombus de la cabeza del recién nacido.

Es por otros conceptos notable uno de los cráneos: en él se ve, además de lo expuesto, restos levantados de la capa externa del parietal en el confín del tumor, formando con la capa interna una cavidad, en la que se introduce una especie de membrana de nueva formación que tapiza el hueso en toda la base del cefalhematoma, quedando así cuatro capas que sirven muy bien en la preparación, y son, de fuera á adentro, el periostio, el hueso, resto de la capa externa del parietal, membrana de nueva formación y capa interna del parietal.

Vése además, que el cefalhematoma era doble y que la sutura sagital, mejor dicho, el periostio, en este sitio, los separaba por completo. A causa de esta barrera no puede admitirse la comunicación ó extensión á los dos parietales.

Se vió también en esta pieza necrópsica que era el cefalhematoma izquierdo, comunicante, á través de dos agujeros anchos que presenta la cara interna del parietal, y sin embargo, no presentó el recién nacido fenómeno alguno de compresión cerebral; hecho que explica el Dr. Alvarez por la íntima adherencia de la duramadre á los huesos craneales, adherencias más resistentes que la fuerza expansiva ó de tensión de la hemorragia.

Cirugía gástrica.—El Dr. *San Martín* continúa en la rectificación comenzada en sesiones anteriores, y manifiesta que trataría especialmente de la operabilidad gástrica y de la cirugía post operatoria; que en la operatoria quirúrgica el detalle es á veces más fecundo que las grandes concepciones científicas; que en este caso se halla la sutura de Lembert, conocida desde 1826, con aplicación á la cirugía abdominal; que en esta clase de operaciones la mayoría de los fracasos se deben á la ineficacia de las suturas, y que la cirugía del estómago ha realizado tantos progresos como la de cualquier otro órgano.

Asegura que se ha hecho con resultado la operación sin sutura; que Czerny, autor de una sutura intestinal, ha empleado el botón de Murphy, encontrándole más beneficioso, según han demostrado las estadísticas; y que este botón tiene, sin embargo, el inconveniente de ser inaplicable en grandes extensiones, debiendo recurrirse á las suturas en tales casos.

Considera la *oquedad epigástrica* como otro de los factores de los contratiempos de estas intervenciones quirúrgicas, resultado de las partes que separan, y siendo muy peligrosa la abundancia de exudados; habla de las ventajas de dejar abierta la herida, á semejanza de la que se hace en las operaciones del ciego, y con lo cual no se ha logrado el efecto apetecido, pues los exudados han seguido inundándolo todo; y discurre sobre la operación en dos tiempos, propuesta y ejecutada por Mickulicz para los intestinos, que se ha extendido por todo el mundo, rebajando á 10 por 100 la mortalidad de 40, que arrojaban las estadísticas; añadiendo que el mencionado cirujano estima como imposible la operación en dos tiempos para el estómago, porque este órgano se inflama al contacto del aire, y que Kelly ha renunciado también á los dos tiempos, tratándose del órgano á que se viene refiriendo.

El Dr. San Martín pone de manifiesto los beneficiosos resultados de las inyecciones de suero artificial caliente, de medio á tres litros por inyección, en estas operaciones, explicándolas por la acción del calor y por la absorción de las sales que entran en su composición; y recuerda que Mickulicz ha propuesto las inyecciones de ácido nucleínico, en la proporción de 2 por 100, para inyectar 50 centímetros cúbicos en los pectorales, doce horas antes de la operación.

Sostiene que la principal defensa de los enfermos es el *diagnóstico precoz del cáncer*, que aumenta las garantías de la curación; que este diagnóstico es tan fácil como el de las mamas, fijándose en la ectasia, vómitos borrosos, disminución del ácido clorhídrico del jugo gástrico y aumento del láctico, enflaquecimiento y demás síntomas de tal estado morboso; y que para todo hay que contar con la buena disposición y sumisión de los enfermos, condición poco propicia en nuestro país, así en la clase pobre como en la rica, y que sólo suele encontrarse en los religiosos.

A continuación hace un paralelo entre el cáncer del estómago y el de la vejiga de la orina, encontrando grandes semejanzas en la sintomatología y las lesiones de una y otra localización, así como en los efectos beneficiosos del lavado de ambas cavidades; llamando la atención acerca de la *anacidez* que se observa en los jugos contenidos en el estómago y en la vejiga, como resultado de la mezcla de los productos cancerosos y de los normales, la retención de líquidos, la circunstancia de que la vejiga se afecta especialmente en el trígono y el estómago, en el píloro y curvadura menor; de que los cancerosos de estómago mueren de inanición y los de la vejiga de uremia; y acerca de los fenómenos de fisiología patológica que se desprenden de los conceptos de *afección* y *reacción*, tan fecundos en la Medicina práctica.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 17 de Mayo de 1905.

Dermatosis infantiles.—El Dr. Benítez: No hace muchas noches hablaba el Dr. Sarabia de los errores de diagnóstico que se cometen al calificar ciertas dermatosis en los niños de sifilíticas, sin que sean debidas á semejante causa. El caso que voy á exponer corrobora también este hecho y no tiene de extraordinario más que el ser extraordinariamente frecuente; el de que puede inducir á error, y el de que hay que evitar éste para no sembrar el disgusto en las familias, con deslucimiento á la vez del médico que lo comete.

A mediados de marzo último pasado fué traído á mi consulta un niño de seis meses, robusto y de buen color, que presentaba un eczema en las nalgas, perianal, del escroto y pared del bajo vientre, y además otro circundante en el cuello. La enfermedad había comenzado á los ocho ó diez días de nacer, por las piernas, pero en la fecha en que yo le ví estaba curada la localización en dichos miembros inferiores.

Como antecedentes de familia, diré que el niño era lactado por su madre, la cual en su historia acusaba un aborto anterior á los dos meses de embarazo. El padre había padecido una parálisis facial con sensación de hormigueo en el brazo (no recuerdo si del mismo lado ó del opuesto) que la parálisis.

Con estos antecedentes (aborto de la madre y parálisis del padre) y con una dermatosis en las regiones dichas, el niño fué diagnosticado por un compañero de sifilítico por herencia, diagnóstico que no pude suscribir por las siguientes razones: 1.ª, porque el niño padecía un eczema indiscutible, evidente (y no era otra cosa), y esto sólo bastaba para no considerar la lesión cutánea como de origen sifilítico; 2.ª, la significación que pudiera tener el aborto anterior de la madre quedaba desvirtuada al saber que fué producido por un traumatismo sufrido al caerse por unas escaleras; 3.ª, respecto al padre, las noticias que me ha facilitado su médico habitual dan á entender que se trata de un cardíaco. Pero, aun suponiendo la sífilis de origen paterno, sólo por el dato de la parálisis — puesto que no se ha podido comprobar ningún otro síntoma anterior (ni chancro ni erupciones, ni males de garganta, ni caída del pelo, etc.)—, habría que admitir que precisamente, padeciendo una sífilis en tercer período, engendra un hijo sifilítico, y esto no es fácil de admitir.

Creo, pues, que se trata de un eczema cuya etiología será la que sea, pero no la sífilis; que el enfermito podrá ser hijo de padre sifilítico, pero él no lo es, y que aun cuando más adelante llegara á tener alguna manifestación de esta naturaleza, jamás podría considerarse su eczema como una sífilide precoz.

Por último, el haberse curado esta lesión en muy pocos días á beneficio de un tratamiento *exclusivamente* local (cura por oclusión, pomada de xeroformo), habla también en contra del diagnóstico primitivo.

El Dr. *Sarabia* llama la atención acerca de la importancia que en las dis-

cusiones académicas tienen los casos clínicos que, como el expuesto por el Dr. Benítez, ha sido interpretado en su etiología y terapéutica de diversa manera, pero en el cual, el minucioso análisis etiológico ha permitido un diagnóstico exacto y un tratamiento con éxito.

No es frecuente que la dermatología sea conocida por los médicos en general de manera tan conveniente que se eviten estos errores de diagnóstico, y de ahí la frecuencia con que se califican de sifilíticas las dermatosis que aparecen en las primeras semanas de la vida. Contra esto es preciso protestar, porque las consecuencias del error diagnóstico tienen gran tendencia clínica, moral y social.

Aquilata los antecedentes de la madre y del padre, y discurriendo sobre la naturaleza del eczema, dice que él no conoce el eczema sifilítico. La heredosífilis, que generalmente aparece cuando el feto está encerrado en el claustro materno, se manifiesta por el pénfigo sifilítico, y más adelante, pero siempre después de las dos semanas de vida extrauterina, aparecen las localizaciones mucosas. La primera y más frecuente es el coriza, y siguiendo el orden de frecuencia, las placas mucosas en las márgenes del ano, las fisuras labiales, las conjuntivitis, hemorragias, púrpura, etc. El Dr. Ronmiciano así lo comunicó al Congreso de Moscou en una estadística formada de veintidós años de observaciones de niños sifilíticos.

Ni éste, ni los Fournier, padre é hijo, mencionan el eczema como lesión característica de sífilis infantil. En este caso particular también lo corrobora el éxito del tratamiento.

Tampoco puede admitir que este eczema sea de causa externa por su localización en tantos y tan variados sitios. ¿Pudiera ser de causa interna? Como no existe el herpetismo en los niños, dice, no hay por qué hablar de él, y sólo se fija para su análisis en dos diátesis: el artritismo y la escrófula.

El primero es la manifestación que puede tener un niño nacido de padres obesos reumáticos, gotosos y litiásicos, localizada, bajo la forma de eczema artrítico, en la cara, frente, cuero cabelludo, inmediaciones de las articulaciones, etc.; es simétrico y sus brotes se verifican en diversas épocas del año. El eczema del recién nacido y el asma son en el niño la expresión del artritismo hereditario.

El escrofulismo, dice, presenta tres tipos descritos por Gastoń: uno que pudiéramos llamar estrumoso, más grave; otro séptico puohémico (cutáneo mucoso); y un tercero, mezcla de manifestaciones escrufulosas y artríticas, no bien definidas y con caracteres varios, y en este tipo es en el que, á mi juicio, puede incluirse el caso motivo de discusión.

Por lo demás, dice, hay que evitar estos diagnósticos falsos de sífilis, porque, aparte de los graves disgustos que pueden ocurrir en las familias, si se instituye un tratamiento en consonancia con el juicio diagnóstico, se agravan los enfermitos y sobrevienen erupciones medicamentosas que enmascaran el concepto clínico verdadero.

El Dr. *Robert* manifiesta que, sin entrar en el fondo del asunto, sólo quiere asentar que ciertas afecciones cutáneas en los niños se producen ó están sostenidas por una alimentación inadecuada ó mal dirigida.

El Dr. *Martín Muñoz*, aludido por el Dr. Sarabia, dice que de lo manifestado por los señores socios que le han precedido en el uso de la palabra,

pueden sacarse dos conclusiones, á las cuales presta su conformidad: 1.ª, que no hay tanta sífilis como se cree en los niños, y por ende en los padres, y 2.ª, que tampoco existe el herpetismo infantil, como él siempre creyó.

El Dr. *Hermosa* recuerda el caso de otro niño también con dermatosis, en cuya familia había gran exaltación y alarma por haber diagnosticado su médico de sífilis heredada. No había antecedente alguno en los padres ni en la nodriza. Con una cura simple de limpieza y haber cambiado de ama (y repite que no era sifilítica), el niño sanó perfectamente, devolviendo la calma á aquellos padres.

El Dr. *Benítez* rectifica, felicitando al Dr. Sarabia por su conferencia acerca de la etiología de ciertas dermatosis. Del caso presentado por él, sólo le interesaba probar ó demostrar que no era sifilítico. Se extiende en consideraciones acerca de las dos escuelas, localizadora y generalizadora, poniendo de relieve la exageración de sus respectivos secuaces.

Al Dr. Martín Muñoz contesta que el niño referido por él que había muerto á los ocho días de nacer, y aun siendo cierto que falleciera á los catorce días, plazo mínimo en que estallan las manifestaciones de la heredosífilis, es extraño que falleciera en el momento de hacer éstas su aparición; así es que le repito que de eso no debió morirse, porque los niños con coriza mueren de hambre y no en seguida, sino al cabo de algunos días. Además, puede y debe salvarse esa dificultad por medio de la alimentación con sonda.

Cree, en contra de lo afirmado por dicho señor, que hay muchos más sifilíticos de lo que parece.

El Secretario de actas,
DR. POLO Y TREMPS.

PERIÓDICOS

Profilaxis de las estenosis del conducto auditivo después de las operaciones radicales.—El Dr. D. Ricardo Botey, publica en la *Gaceta Médica de Granada*, el siguiente artículo:

«Las estenosis del conducto auditivo después de las trepanaciones del oído medio resultan una consecuencia frecuente que preocupa á muchos otólogos.

Se han imaginado diversos procedimientos autoplásticos para prevenir la atresia ulterior del conducto auditivo, facilitando al mismo tiempo la cutaneización de las cavidades del oído.

Los procedimientos más empleados son los de Zaufal, de Panse Stake Karner y Siebenman.

Ninguno de estos procedimientos evita de una manera segura la atresia del meato auditivo, puesto que á pesar de los más minuciosos cuidados el conducto se estrecha poco á poco. Además, el acto de renovar los tapones del conducto, origina dolores, y finalmente el procedimiento de Siebenman, que ejecuta una abertura en la misma concha, es antiestético.

El procedimiento de Botey, para evitar la atresia del meato, consiste en una incisión superanterior de toda la longitud del conducto membranoso hasta el pabellón, en el sitio del surco anterior del oído; entre el borde superior del trago y la raíz del helix, en la concha. En este espacio no existe cartílago y la sección se encuentra perfectamente disimulada entre estas dos eminencias. Se obtiene de este modo un meato gigante por donde pasa el pulgar en el adulto y el índice en los niños.

La ejecución de este procedimiento es muy fácil y se aplica á todos los casos; mas para asegurar la permanencia de este meato ensanchado, Botey coloca inmediatamente después de la operación un cono metálico ligeramente aplanado y lleno de agujeritos de 2 milímetros. Estos conos tienen un calibre de 15 á 22 milímetros de anchura por 16 á 24 milímetros de longitud.

Se les deja permanentes cinco ó seis semanas, tiempo suficiente para la completa epidermización del conducto. Se introduce en estos conos una gruesa mecha de gasa rodeada de protectivo vaselinado exteriormente; así las cosas, sin tocar el cono, se renueva el tapón y se cura el oído sin que el paciente sufra.

En cuanto á la estética, la enorme abertura del conducto auditivo queda perfectamente oculta por el trago.

Los resultados obtenidos con el procedimiento autoplástico de Botey, y por la aplicación de estos conos son uniformes, es decir, todos los enfermos concluyen por poseer un meato auditivo muy ancho. casi invisible á primera vista, y por donde se puede vigilar más tarde la menor recidiva».

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 6 de Junio de 1905.

El agua de mar en inyecciones isotónicas en diecioche casos de tuberculosis. — El Dr. CHAUFARD: Los Dres. Robert-Simon y René Quinton, han tratado en estos últimos meses diecioeho casos de tuberculosis por inyecciones de agua de mar isotónica, habiendo obtenido los siguientes resultados: en un caso de tuberculosis pulmonar y dos ganglionares, el tratamiento no pudo detener la agravación, pero se obtuvo mejoría en quince casos, de los cuales siete eran de tuberculosis pulmonar en primer grado, tres de segundo, tres de tercero, un caso de tuberculosis ganglionar y otro de lupus tuberculoso, acentuándose desde el principio una mejoría rápida, puesto que

bajo el influjo de las inyecciones aumentaron el sueño, el apetito y las fuerzas, disminuyendo la tos, la expectoración y los sudores nocturnos, al propio tiempo que los signos estetoscópicos se modificaron de una manera en extremo favorable en cinco casos de los siete tuberculosos de primer grado, obteniéndose también alivio notable en los de segundo y tercero. El peso también aumentó de un modo regular y, por lo común, en proporciones considerables (38, 42 y 53 gramos por día). En estos quince casos en que se ha alcanzado mejoría, el término medio de duración del tratamiento ha sido de sesenta días, y el peso medio ganado de 27'14 gramos diarios por término medio.

Este beneficio obtenido por la cura marina en París en pleno invierno, en enfermos no hospitalizados, muchos de los cuales trabajaban, puede compararse con los buenos resultados que se logran en la cura marina de Arcachón (Dr. Lalesque), donde por 39 enfermos escogidos, entre los mejores de 132 aliviados, de un total de 191 casos, el beneficio medio ha sido de 31'61 gramos por día.

Lucha contra la mortalidad infantil. — El Dr. Boudin: La lucha contra la mortalidad infantil, que ha dado en Francia resultados, acerca de los cuales tendré ocasión de insistir, se ha propagado igualmente al extranjero, como lo prueban los trabajos que voy á someter á vuestra consideración.

El Dr. Carlos, director de la Maternidad de Lieja, me pide que os dé á conocer, en nombre de su ayudante el Dr. Lambinon y en el suyo, tres folletos en los cuales se exponen los resultados obtenidos en el Consultorio para niños de pecho, fundado por él en 1.° de septiembre de 1901. En dichos impresos se consignan las observaciones hechas en la expresada consulta desde su fundación hasta el 31 de diciembre de 1904, es decir, durante más de tres años. Los beneficios conseguidos son en extremo notables: De 825 niños que asistieron á la consulta, 740 fueron criados al pecho; en 17 se empleó la lactancia mixta y en 68 el biberón.

De estos 825 niños, sólo han sucumbido 14, lo que da una mortalidad general de 1'69 por 100 en una población en que el 15 por 100 de los niños sucumbían antes de cumplir el año. De los 14 fallecidos, sólo corresponden 4 á los 740 criados al pecho.

El Dr. Ulecia (de Madrid) tampoco se ha detenido en esta campaña, pues ha publicado un folletito para las madres, profusamente distribuído, puesto que lleva tirados 60.000 ejemplares.

Los resultados alcanzados son bien apreciables, toda vez que la mortalidad infantil en Madrid nunca ha sido tan poco considerable como lo fué el año 1904, puesto que en los ocho años precedentes, ó sea desde 1896, la mortalidad media anual había sido de 3.445 para los niños de cero á un año, y en el mencionado año de 1904, sólo murieron 2.935, es decir, que ha habido una diferencia de 510 fallecimientos menos con relación á la mortalidad media de los años precedentes.

Otra estadística, particularmente interesante, es la relativa á la Inclusa de Tortosa (Tarragona). El Dr. Villa, médico de este establecimiento, ha puesto en práctica las reglas dadas en la *Cartilla* del Dr. Ulecia, distribuyéndola entre las amas de cría de dicha Inclusa.

Durante los veinticinco años anteriores á 1904, de 1.371 niños ingresados

en el mencionado establecimiento, murieron 704; lo que da una mortalidad de 51 por 100; pues bien, en 1904, de los 216 niños que entraron, sólo han fallecido 38, habiendo, por tanto, bajado la mortalidad de 51 á 17'5 por 100; la disminución ha sido, pues, de dos tercios.

La morbilidad por gastro-enteritis que en la mencionada Inclusa era de 75'7 por 100, descendió en 1904 á 16'8 por 100.

En España no sólo hay Consultorio de niños de pecho en Madrid, sino en Barcelona, Valencia, Tortosa, Logroño, y en vista de los excelentes resultados obtenidos, se están organizando en Zaragoza, Vitoria, Bilbao y otras poblaciones.

Propongo á la Academia que se den las gracias á los Dres. Carlos y Lambinon (de Lieja) y al Dr. Ulecia (de Madrid), por las importantes comunicaciones y trabajos que nos han dado á conocer.

Declaración de las enfermedades infecciosas. — El Dr. Vaillard: Si hay todavía en el ejército muchos casos de escarlatina, y sobre todo de roseola, que crean focos de infección en los cuarteles, es porque estas enfermedades han sido contraídas en la población por los soldados; por lo tanto, podrían evitarse estos casos si las declaraciones de enfermedades infecciosas se indicaran á la autoridad militar, puesto que entonces se prohibiría á los soldados el acceso á los puntos infectados. — Codina Castellví.

SOCIEDAD OBSTÉTRICA DE FRANCIA

XI sesión anual celebrada en París del 27 al 29 de Abril de 1905.

Las rupturas uterinas del parto.—El Dr. Brindeau: Las rupturas del útero son bastante frecuentes durante el parto; se observan, sobre todo, en las multíparas, cuyo útero suele ser muy friable. En estas condiciones pueden producirse de una manera precoz, aunque el parto parezca que debe ser fácil. Los síntomas graves de hemorragia interna, que van acompañados casi siempre de signos físicos característicos, permiten desconocer estos desgarros. Mas conviene saber que al lado de estas rupturas francas existen otras insidiosas, que pueden desconocerse. Estas rupturos desconocidas suelen ser muy extensas y gravísimas; producen la muerte por hemorragia ó por infección consecutiva.

El pronóstico de las rupturas uterinas es gravísimo, al menos para las completas; las subperitoneales van acompañadas de grandes trombos. Son tanto más graves cuanto que tardan en ser operadas. Conviene, por lo tanto, hacer pronto el diagnóstico é intervenir con la mayor rapidez posible.

El tratamiento varía según el sitio y la extensión del desgarro, la gravedad de la hemorragia y el medio en que se encuentra.

El parto por las vías naturales sólo se intentará cuando la parte fetal esté encajada en la excavación. Si el feto ha pasado á la cavidad peritoneal, ó si la presentación exige la versión por maniobras internas, es preciso practicar la laparotomía y extraer la criatura por la herida abdominal.

Cuando el desgarro recae en la cara posterior del útero, y cuando la he-

rida no es muy extensa, se practicará el taponamiento por la vía vaginal. Este mismo tratamiento es aplicable á las rupturas subperitoneales que no van acompañadas de desprendimiento.

En todos los demás casos la laparotomía es el tratamiento preferible cuando se ve á la enferma poco después del accidente. Así es posible apreciar la extensión de las lesiones, contener la hemorragia del pedículo uterino, cuyos vasos están en parte rotos, y limpiar la cavidad peritoneal.

Cuando la herida del útero es limpia (lo que acontece pocas veces) y cuando las condiciones en que se produce el parto hacen suponer que no hay infección, puede bastar la sutura de la pared uterina y de la peritoneal. La operación termina por el desagüe. Por desgracia, estas condiciones son excepcionales en clínica, y casi siempre hay desgarros enormes con desprendimiento extenso del peritoneo. El tratamiento más racional, al que debe recurrirse en la mayor parte de los casos, es la histerectomía. La elección de los procedimientos varía según el medio y la experiencia quirúrgica del autor.

La histerectomía supravaginal con sutura del muñón y fijación de éste á la cara posterior de la pared anterior del abdomen, es la operación preferible. Cuando los destrozos son considerables y parece difícil de obtener la hemostasia, es mejor practicar la operación de Porro. Conviene siempre explorar minuciosamente la vejiga para ver si está desgarrada. En caso afirmativo se la suturará por separado, á menos que la herida sea muy contusa ó irregular en demasía, porque entonces conviene emplear el procedimiento recomendado por Demelin. La histerectomía, que parece el tratamiento ideal de la ruptura uterina dará probablemente resultados satisfactorios cuando puede intervenirse sin perder tiempo.

Cuando se ve una mujer cuyo estado general es gravísimo y que se cree no podrá resistir la histerectomía, la intervención se reducirá á abrir el vientre y á ligar los vasos que sangran, taponando el útero y la herida por la vía abdominal, dejando para más adelante el practicar una operación más radical.

El Dr. Treub: Excepto en los casos de hemorragia muy abundante, prefiero el taponamiento del útero á la laparotomía, que aumenta el colapso y que sólo puede practicarse en el hospital. En ocho casos de ruptura uterina completa he obtenido con el taponamiento cuatro curaciones. Este resultado no es muy brillante, pero no se obtienen más éxitos con la laparotomía. Si se prefiere la laparotomía, se practicará la histerectomía total mejor que la supravaginal. La operación es algo más larga, pero da mejores resultados, sobre todo si se establece un buen desagüe vaginal después de suturar el peritoneo.

El Dr. Bar: Aunque la mayor parte de las rupturas uterinas curan con facilidad, otras, por el contrario, tardan poco en producir la muerte. ¿A qué es debida esta diferencia? En las primíparas sin pasado genital, la pared uterina movible es la única interesada, y la hemorragia poco abundante cesa con el taponamiento. En las multíparas, las rupturas son, por el contrario, graves; á veces un desgarro anterior seguido de cicatriz produce una esclerosis periuterina que rodea los vasos; en otra parte posterior, el útero se rompe en el mismo sitio, y los vasos, á causa de su adhe-

rencia á la cicatriz antigua, son desgarrados y sangran en abundancia, porque el tejido engrosado que les rodea les mantiene abiertos.

En los casos de ruptura uterina es preciso practicar el taponamiento; si el tapón se empapa en seguida de sangre, no debe vacilarse en practicar la laparotomía. El parto forzado es una causa frecuente de desgarros del útero, así que sólo debe recurrirse á él en los casos de indicaciones precisas.

El Dr. Porak: La elección de la intervención varía según las circunstancias y el medio en que se encuentra la enferma. Cuando la mujer no ha parido, termino el parto por las vías naturales y después examino el estado de las lesiones. Si el desgarro es incompleto, practico el taponamiento. Si es completo, recurro á la laparotomía. He abandonado casi en absoluto la operación de Porro y la histerectomía, que aumentan en exceso el colapso. Cuando no hay hemorragia, me limito á suturar la herida peritoneal. El pronóstico de las rupturas uterinas completas depende principalmente de la rapidez de la intervención.

El Dr. Budin: Creo, como el Dr. Bar, que el parto rápido ocasiona con frecuencia desgarros del útero. Toda ruptura uterina abandonada á la naturaleza no es por necesidad mortal; hay algunas, hasta completas, que curan espontáneamente. En un útero desgarrado, la versión no es más peligrosa que la embriotomía; conviene, por lo tanto, no desecharla en absoluto.

El Dr. Brindeau: La versión expone á agrandar el desgarro y á convertir una ruptura incompleta en completa; por este motivo prefiero la embriotomía, y mejor aún la extracción del feto del abdomen seguida de la histerectomía.

Acondroplasia verdadera y distrofia perióstica.—Los Dres. Porak y Durante: *Conclusiones:* 1.ª Después de haber confundido todas las distrofias óseas con el raquitismo, se las asimila hoy con demasiada facilidad á la acondroplasia.

Se designan hoy con tal nombre afecciones distintas cuyo único síntoma común es la cortedad relativa de los miembros. Las principales son la acondroplasia verdadera, el raquitismo verdadero, el mixœdema, la displasia verdadera; después sobrevienen otras que no están aún perfectamente individualizadas.

2.ª La acondroplasia verdadera está caracterizada por la micromelia, casi siempre rizomélica, por la mano cuadrada, por el volumen de la cabeza braquicéfala con eminencias abultadas, por el hundimiento del vértice de la nariz, por la sinostosis prematura de los huesos de la base del cráneo, por la integridad habitual de los de la bóveda, así como del esqueleto torácico, por la hipertrofia de las epífisis de los huesos largos, por la cortedad de las diáfisis duras y consistentes, por los acodamientos casi siempre yuxta-epifisarios, por las eminencias óseas exageradas, por la falta de fracturas, por el desarrollo normal del individuo (si se exceptúa la longitud de los miembros), por el desarrollo fisiológico de los órganos genitales y de la inteligencia.

Su fórmula histológica es una esclerosis con calcificación del cartílago de conjugación, cuya zona de desarrollo desaparece. La osificación perióstica es normal ó está poco alterada.

3.ª La displasia perióstica está caracterizada por una micromelia menos constante, por una cabeza menos voluminosa, por la falta de hundimiento del vértice de la nariz, por la falta de sinostosis precoz de los huesos de la base, por la osificación imperfecta de la bóveda craneana y á veces del esqueleto torácico, por las epífisis de los huesos largos normales ó hipertrofiadas, por la poca consistencia y gran fragilidad de las diáfisis, lo que origina fracturas numerosas y deformaciones debidas tanto á las curvaduras como á los callos viciosos.

Su fórmula histológica es: osificación cartilaginosa normal, osificación perióstica insuficiente. La falta más ó menos completa de hueso compacto sustituído por tejido areolar es debida, al parecer, más que á la insuficiencia de osteoblastos, siempre numerosos, á la absorción excesiva por superactividad de los osteoclastos.

4.ª Es preciso no confundir estas afecciones: *a*) ni con la micromelia raquítica congénita de los huesos encorvados, que depende de la falta de osificación de las trabéculas cartilaginosas; *b*) ni con la micromelia mixœdematosa congénita, cuyo estado general es característico, y que no se desarrolla con regularidad; *c*) ni con las diferentes especies de enanismos toxiinfecciosos debidos á una suspensión general de desarrollo.

5.ª Desde el punto de vista patogénico, son plausibles las dos teorías, la infección y la auto ó hetero-intoxicación glandular. Como hipótesis, simplemente parece que:

La displasia perióstica, debida á la actividad celular anormal, representa una fórmula patológica realizada casi siempre por los trastornos glandulares, pero tiene los caracteres de las distrofias verdaderas y puede referirse á las miopatías.

La acondroplasia debida á una esclerosis representa una fórmula patológica casi siempre infecciosa.

6.ª Estas distrofias óseas, que tienen caracteres clínicos distintivos y dependen de lesiones histológicas distintas, no deben confundirse entre sí, como tampoco debe serlo con el raquitismo ó mixœdema, y pueden ser consideradas como afecciones especiales.

Aunque los agentes esclerógenos diversos son probablemente susceptibles de originar la acondroplasia, ésta representa una unidad bastante fija para considerarla como una entidad morbosa con el mismo título que la displasia perióstica ó el raquitismo, esperando que los progresos de la ciencia permitirán quizá algún día hacer un diagnóstico etiológico más exacto y distinguir las acondroplasias sifilítica, tuberculosa, palúdica, alcohólica, etcétera.

Distrofia ósea sifilítica congénita.—El Dr. Theuveny: La distrofia ósea sifilítica puede presentarse con diversas formas:

1.ª La más frecuente, que se desconoce muchas veces, es la forma histológica, sin síntomas, que reviste diversas modalidades: osificación casi regular, calcificación exagerada, osificación insuficiente, falta de osificación. Es la forma que indica la intoxicación del individuo por la sífilis sin manifestaciones. Se trata en este caso de un hueso sifilítico de desarrollo viciado y variable, pero en realidad no específico de una manera absoluta.

2.ª Después, apreciables entonces clínicamente (las más comunes), la

hiperostosis, la periostosis, la osteítis, la osteoperiostitis, que se revelan por engrosamientos, irregularidades de los huesos en la zona de osificación.

3.ª En un grado más avanzado, pero más raro, tipos más específicos de sífilis: falta de nutrición de la capa de osificación, la producción de un tejido medular embrionario; de aquí las separaciones diafiso epifisarias.

Finalmente, en casos rarísimos, y á causa del aumento del proceso anterior en todo el hueso, la lesión esclero y ulcerogomosa que produce las fracturas epifisarias, los gomas de los huesos del cráneo, los gomas en general.

Todos estos géneros de lesiones revelan, al parecer, de una manera variable la energía de la impregnación sifilítica y la resistencia del producto de la concepción. Esta variabilidad origina en unos un simple trastorno del desarrollo de los huesos (hueso sifilítico no característico), en otros verdaderas manifestaciones histológicas típicas, pruebas evidentes de la sífilis congénita.

Raquitismo congénito. — El Dr. Nau: El nombre de raquitismo congénito debe reservarse á los casos en los que las lesiones óseas, que datan de la vida intrauterina, son parecidas á las del raquitismo verdadero.

El raquitismo congénito es rarísimo y se halla caracterizado por síntomas bastante típicos. El recién nacido está delgado, demacrado, y su estatura y peso son inferiores á las normales; la cabeza, muchas veces blanda y mal osificada, presenta grandes fontanelas; el vientre es voluminoso; el tórax, estrechado y alto, está hundido en su parte inferior; los miembros curvos, deformados, más cortos á causa de las curvas de gran radio, están adelgazados en la parte media y engrosados en las extremidades. Las fracturas son frecuentes y á menudo múltiples; sus sitios predilectos son los huesos largos y las clavículas.

Las lesiones están caracterizadas histológicamente por la exageración de las zonas de crecimiento, por la vascularización y por la persistencia de las trabéculas cartilaginosas por debajo de la línea de osificación.

Por analogía con el raquitismo adquirido, se tiende á atribuir el congénito á una intoxicación materna durante la vida fetal. Los experimentos de Charrin y Gley son favorables á esta hipótesis.

Los pigmeos negros. — El Dr. Verneau: Algunos autores, en particular Poncet y Leriche, consideran la acondroplasia como resultado de una vuelta al estado primitivo. He estudiado los pigmeos que viven en diversos países de Africa, de Asia y de Oceanía. Los caracteres antropológicos de estos pigmeos me han permitido diferenciarles completamente de los acondroplásicos. No son como éstos seres anormales ó patológicos. Excepto su talla, que en algunos pueblos del Alto Nilo es de 1'38 metros por término medio en el hombre y de 1'30 metros en la mujer, son individuos bien proporcionados; el estudio de su capacidad craneana demuestra que no son macrocéfalos, como se ha dicho. Su pelvis es estrecha, aun respecto á su estatura, si se compara con la de la raza blanca, pero es un carácter de los negros. Las proporciones reducidas del feto permiten el parto fácil en las pigmeas.

Medios de medir la presión sobre las membranas del huevo.—El Dr. Vallois: Para medir la presión intra ovular durante la contracción uterina, empleo un procedimiento análogo al que utilizan los oftalmólogos para medir la

presión intra-ocular. Por medio de un instrumento *ad hoc* calculo la fuerza que es necesario emplear sobre una superficie conocida para hacer las membranas planas, posición en la que se equilibran las presiones internas y externas.

Hemorragias internas en el segmento inferior durante la contracción uterina. — El Dr. *Voron* refirió dos casos de hemorragia del segmento inferior del útero que quedaron latentes á causa de estar obstruído el cuello uterino por la placenta. Estas hemorragias suelen ser graves á causa de la falta de derrame de sangre al exterior y de la retracción del cuerpo uterino, que se siente en el abdomen, signos que inducen á un error de diagnóstico. La sangre proviene rara vez del cuerpo del útero; proviene siempre de un desgarro del segmento inferior ó de la inercia causada por una inserción viciosa de la placenta. Es poco probable que la retracción del cuello pueda por sí sola impedir á la hemorragia manifestarse al exterior; hay, por lo general, obstrucción del orificio cervical, más ó menos retraído, por un coágulo ó por la placenta. Es necesario extraer la placenta ó los coágulos y excitar después las contracciones uterinas por la compresión pubomanual ó por el taponamiento intrauterino.

El Dr. Bar: Los casos referidos por el Dr. Voron son bien conocidos y bastante frecuentes. La acumulación de sangre puede ser considerable, porque el segmento inferior y la vagina, poco retráctiles y distendidos en el momento del parto, se dejan rechazar por la sangre, que tarda en salir al exterior.

El Dr. Schwab: Cuando la placenta está desprendida y las membranas adheridas aún, la sangre puede acumularse en el interior del saco membranoso y la hemorragia quedar interna.

El Dr. Budin: Es necesario distinguir, en el caso de retención de la sangre en el segmento inferior, las hemorragias procedentes del cuerpo uterino y las que provienen del segmento inferior.

Placenta previa central. — El Dr. *Andérodias* refirió dos casos. En el primero, las membranas eran inaccesibles y tuvo que recurrir á la versión de Braxton Hicks y al descenso de un pié á través de una perforación hecha en la masa placentaria. En el segundo, después de la dilatación bimanual por el procedimiento de Bonnaire, llegó al borde de la placenta, rompió las membranas y terminó el parto por la versión por maniobras externas. La existencia de la placenta previa central es, pues, innegable. Las dos mujeres curaron.

Flegmatia alba dolens puerperal de origen intestinal. — El Dr. Klein: Una joven que padecía enterocolitis mucomembranosa presentó durante el embarazo síntomas de infección del hígado y de la pleura, y en un momento dado, dolor agudo en la pierna derecha. Después del parto hubo elevación pasajera de la temperatura y al poco tiempo todos los síntomas de una flegmatia alba dolens del miembro inferior izquierdo. Creo que esta flebitis debe atribuirse á una infección de origen intestinal, porque no hubo síntoma alguno de infección de los órganos genitales. La flegmatia alba dolens aumenta actualmente de frecuencia á pesar de la disminución de las infecciones genitales; puede reconocerse á veces como causa una infección intestinal, sobre todo la enterocolitis mucomembranosa.

El Dr. Bunge: Las complicaciones debidas á las infecciones intestinales son frecuentes durante el puerperio, pero en la observación del Dr. Klein no es posible desechar en absoluto la existencia de una infección genital. No he observado que la flebitis sea más frecuente ahora. Para afirmarlo, es preciso fundarse en estadísticas.

El Dr. Porak: Creo que la flebitis es más frecuente que antes, y que esto es debido á que las grandes infecciones antiguas son sustituídas por infecciones atenuadas.

Colibacilosis durante el puerperio. — El Dr. Boquel: La primera enferma abortó después de síntomas generales graves; el examen bacteriológico demostró la existencia de colibacilos en la sangre. La segunda tuvo trastornos digestivos y pielonefritis colibacilar sin síntomas generales graves.

El Dr. Bar: Creo que las infecciones debidas al colibacilo son frecuentes y graves en las mujeres embarazadas.

El Dr. Bue: He publicado ya una observación de colecistitis puerperal; estoy convencido de que en dicho caso se trataba de una infección de colibacilos más que de estreptococos, porque la enferma curó, y en otro embarazo tuvo pielonefritis colibacilar, que curó á las cuatro semanas del parto.

Punción lumbar cruenta en el curso de la eclampsia. — Los Dres. *Bar* y *Legueux* refirieron la observación de una mujer que fué conducida al hospital en pleno estado de coma, y en la que la punción lumbar reveló la existencia de sangre en el líquido cefalorraquídeo. Los autores insistieron sobre la utilidad de la punción lumbar para hacer el diagnóstico de la naturaleza del coma en las eclampsias. Si la punción da salida á un líquido claro, el coma es puramente eclámpsico, excepto en el caso poco probable de que haya hemorragia de los centros nerviosos que no comunique con los espacios subaracnoideos. Si la punción lumbar da sangre, hay hemorragia cerebral y el pronóstico es, por decirlo así, fatal. Para que la punción tenga valor, debe extraerse bastante cantidad de líquido y recoger éste en varios tubos; la presencia de sangre al principio de la operación no tiene valor alguno y no implica en modo alguno la existencia de una hemorragia cerebral.

Infecciones del recién nacido. Infecciones bucales y salivales.—El Dr. Macé: Las infecciones de la boca son raras en el recién nacido, aunque la cavidad bucal tarda poco en perder su estado aséptico que tenía al nacer.

1.° El muguet, la infección más común, puede presentarse en la forma clásica, constituída por la reunión de levaduras y de fermentos micélicos, la más rara de levaduras sin micelio.

Las estomatitis revisten tres formas: difteroide, flemonosa y necrósica; Leyden ha descrito, además, otra forma, la blenorrágica.

2.° Las infecciones salivales se producen en general por la vía canalicular, rara vez por la linfática ó sanguínea. Están constituídas por parotitis ó por inflamaciones supuradas.

El Dr. *Durante* manifestó haber observado tres casos de infección de las glándulas salivales en recién nacidos. En el primero se trataba de un absceso parotídeo de estafilococos; en el segundo de un absceso sublingual de bacilos de Pfeiffer; en el tercero de una infección submaxilar de estreptococos. La infección se produjo siempre, al parecer, por la vía bucal.

Infecciones nasales, faríngeas y auditivas. — Los Dres. G. Laurens y Pierra (*Conclusiones*) : 1.ª Las infecciones del seno y del oído medio, muchas de los ojos y las de las vías respiratorias y digestivas principian por la cavidad nasofaríngea. Muchas infecciones de los recién nacidos son por lo general rinógenas. De aquí la necesidad de tratar la nasofaringe en cuanto se afecta.

2.ª Estas infecciones se desconocen por desgracia muchas veces, y esto porque no se piensa en ellas, y sobre todo porque no se emplean para su diagnóstico los procedimientos ordinarios de investigación. Es necesario, por lo tanto, practicar en el recién nacido la rinoscopia y sobre todo la otoscopia.

3.ª Aunque se haga el diagnóstico suelen emplearse tratamientos inútiles y peligrosos, por ejemplo, las inyecciones líquidas ó las duchas de aire. Es preciso usar un tratamiento racional, y en particular : *a*) mantener ó restablecer la permeabilidad de las cavidades nasofaríngea y timpánica para evitar los accidentes de obstrucción y de retención; *b*) realizar su asepsia para prevenir las infecciones secundarias.

Infecciones pulmonares y pleuríticas. — El Dr. Macé : El pulmón, terreno abonado para la infección por sus caracteres fisiológicos y anatómicos, es el órgano más vulnerable del recién nacido. Las infecciones pulmonares se manifiestan por bronquitis eminentemente contagiosas y contra las que estamos casi desarmados; puede complicarse con congestión y edema pulmonar, sobre todo en las formas epidémicas ó de bronconeumonía. Esta última es al parecer casi siempre consecutiva á la introducción de cuerpos extraños en las vías respiratorias, sobre todo á la aspiración de mucosidades durante los partos laboriosos. El tratamiento comprende la higiene respiratoria, los revulsivos y los baños.

Infecciones digestivas. — El Dr. Moncany : Las infecciones digestivas del recién nacido, excepto por algunos síntomas, y en particular por la frecuencia mayor de los trastornos hepáticos, difieren muy poco de las del niño de más edad. Sin embargo, á causa de su integridad anterior, de su estructura que se asemeja á la embrionaria, los órganos digestivos son más aptos para defenderse, y el tratamiento precoz de las gastro-enteritis da en los recién nacidos los mejores resultados.

Infecciones oculares.—Los Dres. Poulard y Quillier : Gracias á la práctica de la antisepsia, las infecciones oculares se observan cada vez con menos frecuencia. Las intra-oculares, las de las vías lagrimales y las de la órbita son raras. Las infecciones conjuntivales ú oftalmía de los recién nacidos son frecuentes y dependen de causas variadas. La oftalmía blenorrágica aparece casi siempre en los dos ó tres primeros días de la vida, y en casos excepcionales después del séptimo. Las oftalmías tardías no son generalmente de origen blenorrágico. Las conjuntivitis son graves, más que nada por sus complicaciones queráticas.

El tratamiento de las infecciones de los recién nacidos debe ser, ante todo profiláctico. Las conjuntivitis bien tratadas curan casi siempre sin trastarno ulterior de la visión.

Infecciones mamarias.—El Dr. Pierra : Las infecciones mamarias son debidas á que los gérmenes patógenos, en particular el estafilococo y el es-

treptococo, son conducidos á la glándula mamaria predispuesta al proceso infeccioso por la función acompañada de secreción láctea que se observa después del nacimiento. Revisten varios aspectos: mamitis simple, linfangitis, galactoforitis ó absceso mamario. Pueden determinar complicaciones graves, por ejemplo, erisipela, pleuresía purulenta ó piemia generalizada. La asepsia minuciosa, la expresión de la mama, la incisión precoz si es necesario, permiten casi siempre evitar las complicaciones de los abscesos mamarios abandonados á la naturaleza.

Infecciones génito-urinarias.— El Dr. Pierra: Los órganos genitales, en los recién nacidos de ambos sexos, pueden ser el punto de partida de infecciones (laringitis, gangrena, erisipela). En las niñas pueden observarse además vulvovaginitis, catarrales ó blenorrágicas, con complicaciones á veces graves.

Infecciones umbilicales. — Los Dres. Porak y Durante: En la actualidad son excepcionales los accidentes, tales como la onfalitis, la gangrena, el flemón y la erisipela; pero la infección umbilical, aunque de aspecto menos alarmante, no por eso deja de ser frecuentísima en las formas ligeras y benignas ó en las graves de flebitis umbilical que origina una septicemia cuyo origen se desconoce fácilmente. El tratamiento profiláctico consiste en provocar la desecación rápida del cordón y en evitar que se contamine. Después del desprendimiento del cordón se continuará el tratamiento bastante tiempo, porque es difícil saber con seguridad cuándo la herida está completamente cicatrizada y cuándo no lo está y son de temer las complicaciones más graves.

Infección del feto por la vía sanguínea. – El Dr. Chambrelent: La infección del feto por la vía sanguínea es posible para todas las enfermedades infecciosas que se observan en la especie humana.

Para las enfermedades de microbio definido se manifiesta por la transmisión de la enfermedad materna al feto, que se comprueba por la presencia del microbio patógeno en el organismo fetal, ó por las lesiones fetales debidas á las toxinas transportadas por la sangre materna.

Para las enfermedades de microbio indefinido esta infección fetal parece también innegable, pero sólo se revela por signos clínicos ó por lesiones anatomopatológicas análogas á las que produce la infección materna.

Infecciones amnióticas del recién nacido.—El Dr. C. Jeannin: Las infecciones amnióticas se revelan en clínica de una manera muy variable, según la naturaleza y la virulencia de los gérmenes y la resistencia del organismo fetal: 1.°, el niño muere antes de nacer; 2.°, nace en estado de muerte aparente; se le reanima, pero muere en las primeras veinticuatro horas; 3.°, el niño nace vivo, sano en apariencia, pero á los dos ó cinco días la infección contraída *in utero* se revela en diferentes formas: respiratoria, digestiva, cutánea, ocular, etc., que no difieren desde el punto de vista clínico de las infecciones contraídas después del nacimiento.

La etiología de las infecciones amnióticas del recién nacido se confunde con la de la madre. Los factores que predisponen á ella son múltiples; el más importante es la ruptura precoz de las membranas. Sólo en casos excepcionales se observa la infección antes de la abertura del huevo.

Los gérmenes que causan las infecciones amnióticas son los agentes pa-

tógenos habituales: el estreptococo, el estafilococo, el neumococo, el colibacilo y el conjunto de los anaerobios.

Aunque cada germen es capaz de producir una infección determinada, otros poseen una acción electiva: el estreptococo ocasiona, sobre todo, las septicemias generalizadas y las infecciones bronconeumónicas; el estafilococo las infecciones cutáneas, auditivas, nasales y ciertas septicemias; el colibacilo las infecciones intestinales; los anaerobios las infecciones del aparato digestivo, cutáneas y algunas septicemias generalizadas.

Relaciones del peso, de la estatura y del perímetro torácico en los niños de pecho.— El Dr. Pierra: En el niño de pecho cuyo desarrollo es fisiológico, existe una relación constante entre estas tres entidades. En estado patológico, su paralelismo puede perderse.

1.ª Toda anomalía en la relación del peso con la estatura, manifiesta un trastorno de la nutrición que puede pecar por exceso (relación superior á la normal), ó por defecto (relación inferior).

2.ª Todo aumento de relación del peso y del perímetro torácico con la estatura (valor numérico), es indicio de un vicio hereditario ó de una decadencia orgánica.

3.ª Si el valor numérico no se altera, aunque la relación entre el peso y la estatura se modifique, existe sólo un trastorno pasajero de la nutrición. Si las dos relaciones están modificadas paralelamente, revelan una alteración más profunda y más durable paralelamente de todo el organismo.

Trastornos digestivos de los niños de pecho por exceso de manteca en la leche maternizada. — El Dr. Planchon: La leche suele estar demasiado cargada de manteca en ciertas mujeres, sobre todo en aquéllas cuya alimentación es muy abundante. Los niños que maman esta leche aumentan de peso, aunque tomen cantidades menores á la media que les corresponde; mas ocurre muchas veces que presentan accidentes: vómitos, diarrea, etc. En otro caso, la alimentación es satisfactoria al principio, pero los trastornos digestivos tardan poco en producirse, y se agrava si no se les pone remedio.

Cambiando la higiene y el régimen alimenticio de la madre, se consigue modificar la composición de la leche, y puede continuarse la lactancia. El tratamiento consiste en hacer ejercicio y en suprimir los alimentos muy nutritivos, la carne, el alcohol, el vino y la cerveza.

Pasteurización de la leche. — El Dr. *Perret* leyó un trabajo en el que demuestra la superioridad de la esterilización á los 100° sobre la pasteurización á 70 ú 80°, seguida de enfriamiento brusco. Este último procedimiento es menos seguro desde el punto de vista aséptico y más difícil de emplear por las madres que el aparato de Soxhlet.

La sangre en las hemorragias graves del recién nacido.—El Dr. *Lequeux* dijo que había observado en estos casos: 1.°, una hiperglobulia primitiva que cede con más ó menos rapidez, según la abundancia de la hemorragia; 2.°, una polinucleosis inicial que disminuye lentamente en los casos de curación y es sustituída por monucleosis, que aumenta de un modo progresivo en los casos mortales por hemorragia; 3.°, una hemolisis de suero que suele coincidir con colemia.

Deduce la utilidad de la numeración globular para el pronóstico, y cree

que la modificación del suero es una de las causas, si no de la hemorragia, al menos de su persistencia.

Influencia de las consultas de niños de pecho sobre las afecciones y la mortalidad infantil. — El Dr. Mocquot: La buena dirección de la lactancia disminuye no sólo la frecuencia de las afecciones gastro-intestinales, sino que influye también sobre el número y la gravedad de otra enfermedad.

El Dr. *Budin* citó las estadísticas de la mortalidad infantil en diversa localidades de Francia y del extranjero. Estas estadísticas prueban el descenso de mortalidad obtenida en las ciudades donde existen Consultorios de niños de pecho. En París, aunque la temperatura ha sido más elevada y por espacio de más días en el verano de 1904 que en los dos años anteriores, la mortalidad infantil ha disminuído bastante. Los resultados son aún más evidentes en poblaciones de menos importancia. No ha sucedido así en las poblaciones donde no existen Consultorios de niños de pecho.

Hemorragias múltiples en un recién nacido sifilítico.—El Dr. Maigrier: Un niño cuyos padres eran probablemente sifilíticos y que se encontró bien los primeros días de su vida, presentó á consecuencia de trastornos digestivos, equimosis múltiples y un estado grave que terminó rápidamente por la muerte. El hígado pesaba 155 gramos, el bazo 22 gramos, pero el examen no reveló lesión sifilítica alguna.

El Dr. Bar: En las hemorragias de los recién nacidos intervienen dos causas principales: la sífilis y la infección. Estos dos factores suelen combinarse y los sifilíticos tienen hemorragias quizá porque se infectan.

Colpotomía en la peritonitis puerperal.—El Dr. P. Guéniot: En la colpotomía por colecciones enquistadas del fondo de saco posterior es casi siempre fácil, después de la incisión de la mucosa, tocar con el dedo la serosa y encontrar un punto de apoyo sobre la colección. En la colpotomía por peritonitis puerperal difusa he visto una vez el peritoneo engrosado y resistente, desprenderse y ser rechazado por el dedo, que penetró en el tejido celular perirrectal sin conseguir romper la serosa. En este caso, para dar salida al pus, no queda más recurso que la laparotomía.

Algunas particularidades del cuerpo tiroides en los recién nacidos. — El doctor *Lequeux* refirió tres casos en los que el cuerpo tiroides presentaba alteraciones que se descubrieron al hacer la autopsia, aunque en vida no se observó trastorno alguno.

En el primer caso se trataba de una tiroiditis aberrante y congestionada que se apoyaba en el paquete vasculonervioso del cuello. En el segundo el cuerpo tiroides hipertrofiado rodeaba el esófago y le aplastaba. En el tercero dicho cuerpo tenía un volumen de 12 gramos, poco en relación con el peso del cuerpo (1500 gramos).—(*Le Bull. Medical*).—F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 26 de Mayo de 1905.

Fractura subcutánea de algunos huesos del carpo. — El Dr. MAXIMILIANO HIRSCH: Gracias á los rayos X, se pueden diagnosticar fracturas subcutáneas de algunos huesos del carpo que antes pasaban inadvertidas. Se ha averiguado, además, que algunas de estas fracturas son más frecuentes y presentan cierta regularidad en su patogenia, y que muy particularmente la fractura del escafoides es bastante típica y se venía diagnosticando muchas veces como contusión de la mano.

Según Lilienfeld, se produce siempre por compresión entre el radio y el hueso mayor, en la flexión radial de la mano, cuando este movimiento es muy brusco y violento. Sin embargo, el mecanismo de esta fractura puede ser diferente.

Así, en el primer sujeto que aquí presento, para evitar una caída hacia atrás, extendió la mano derecha hacia atrás y cayó con ella sobre un montón de piedra machacada, fracturándose entonces el escafoides. En este caso la mano se hallaba en flexión cubital, y el escafoides se partió sobre la apófisis estiloides del radio, como cuando rompemos una caña sobre la rodilla.

El segundo sujeto cayó con la mano derecha sobre el suelo, hallándose también dicha mano en flexión cubital. En este caso, al producirse de un modo violento semejante flexión cubital, se puso tenso el ligamento radial externo y sobrevino una fractura por arrancamiento del escafoides.

Los síntomas clínicos son muy típicos: hinchazón de la articulación por hemartros, obstáculo á la flexión dorsal y dolor á la presión, localizado en la tabaquera anatómica y que persiste muchas semanas generalmente. El curso ulterior no suele ser favorable; por lo común queda muy rígida la articulación, persiste el dolor y con esto el trabajo se hace por lo menos muy difícil. En estos casos hay que pensar en la extirpación del hueso fracturado.

El tercer enfermo que presento es un caso de fractura del hueso semilunar. Estando fijo el codo y en flexión dorsal la mano, cayó sobre ésta una piedra de mucho peso. Sin duda estaba la mano en flexión cubital, y al ser comprimido el semilunar, en vez de dislocarse hacia la palma de la mano, como es lo más frecuente, se fracturó por compresión.

Xeroderma pigmentario. — El Dr. ZUMBUSCH: El primer caso que presento es una niña de tres años y medio, que está enferma desde hace dos. Antes de venir á la Clínica le habían extirpado un epitelioma que radicaba debajo del ojo derecho. No hay antecedentes de familia.

La cara, el cuello, la nuca, la parte superior del pecho, los antebrazos, las manos y en menor grado las piernas y piés, tienen un color moreno obscuro, debido á unas manchitas redondeadas, del tamaño de una cabeza de alfiler á un dedo meñique, y de color dorado moreno á pardo negruzco. Las mayores son más obscuras y sobresalen un poco. Las manchas alternan con

otras blancas, deprimidas, brillantes y de la misma forma y tamaño. Algunas de estas últimas presentan ramificaciones vasculares.

En la cara, además de la cicatriz del epitelioma extirpado, se ven otras, y además unos tumorcitos verrugosos, que son otros tantos epiteliomas. La niña, por lo demás, está sana.

Segundo caso. Individuo de veinte años, también sin antecedentes de familia. La enfermedad se presentó á los ocho años, por lo cual el desarrollo de epiteliomas es más abundante, y ya le han extirpado tres. Padece además, á menudo, de queratitis. El cuadro en todo lo demás es análogo al del caso anterior.

El Dr. Konigstein: Las afecciones oculares son frecuentes en los casos de xeroderma pigmentario.

Significación etiológica del espirocete pálido. — El Dr. R. Kraus: Sabido es que Schaudinn y Hoffmann han encontrado en productos sifilíticos unos espirocetes pálidos, como los que aquí presento, procedentes del mismo origen. Son muy finos, retorcidos como un sacacorchos, y hasta de 14 μ de largo.

Llama la atención que, mientras en algunos productos sifilíticos cuesta mucho trabajo y tiempo encontrar el microbio, en otros abunda éste en alto grado. Y lo mismo acontece, según Metschnikoff y Roux, en las lesiones obtenidas por medio de inoculación en los monos.

En lo posible deben buscarse los espirocetes en el jugo del tejido, no en la sangre. Nuestras investigaciones y las del Dr. Spitzer, demuestran que el espirocete de Schaudinn sólo se encuentra en tejidos sifilíticos, y que en éstos se tropieza casi siempre con él. Hasta ahora no se ha encontrado en lesiones no sifilíticas de la piel, y en cambio Schaudinn lo ha encontrado en ganglios sifilíticos; Doerr, también, y Buschke, en el hígado y el bazo de un niño con sífilis hereditaria.

El hecho de hallar el espirocete en pápulas sifilíticas del tronco y en ganglios linfáticos sifilíticos, parece darle carácter patognomónico. En cambio, en las lesiones patológicas de los genitales y de sus inmediaciones, se suelen encontrar espirocetes análogos, que Schaudinn llama espirocetes refringentes; son más gruesos y con vueltas más escasas y más anchas que sus afines.

De las investigaciones que hemos hecho con el Dr. Sternberg, se encuentran también, en las afecciones no sifilíticas de los genitales, espirocetes que sólo se distinguen de los pálidos en que se tiñen con los colores básicos de anilina mejor que estos últimos. Fuera de este procedimiento de distinción, no queda más que el de inoculación á los monos, porque el de cultivo no ha dado hasta la fecha resultados satisfactorios.

De todo lo expuesto creemos se puede deducir, con grandes probabilidades, que el espirocete pálido de Schaudinn es el agente patógeno de la sífilis.

El Dr. *Paltauf* hace constar que el hallazgo realizado por Schaudinn, tiene también una gran importancia, desde el punto de vista general, puesto que según sus investigaciones, el grupo de los espirocetes no pertenece á las bacterias, sino á los flagelados (protozoos), y constituye una forma en la alternancia de generaciones de ciertos parásitos de los glóbulos rojos.

Recuerda varios hechos y datos relativos á esta clase de parásitos, y dice que, según ellos, los tripanosomas y los espirocetes son agentes patógenos del grupo de los protozoos, que tienen muchísima importancia para los animales y para el hombre, y que ya los antiguos investigadores habían comprendido que el espirocete de Obermeyer difiere mucho de las bacterias en su modo de teñirse y en su sensibilidad á los ácidos, á los álcalis y hasta á la misma agua destilada. Y así como en los espirilos se encuentran flageles, lo mismo que en todas las bacterias que gozan de movimientos, en los espirocetes no se encuentran semejantes apéndices.

Pero así como los tripanosomas y los espirocetes que conocíamos son parásitos de la sangre, el descubierto por Schaudinn es parásito de tejidos, á la manera de como lo es también el microorganismo que descubrió Riehn hace veinte años en el botón de Oriente ó *Delhi-Lore*. Mas como el espirocete de Schaudinn es sumamente fino, ha de tardar mucho tiempo en conocerse bien su morfología y todas sus propiedades.

El Dr. *R. Volk* refiere que de 14 sifilíticos en quienes buscó el espirocete pálido, lo encontró en la mayoría, aunque hay casos en que es menester hacer varias preparaciones antes de dar con él. En cambio, de 17 personas que padecían afecciones genitales no sifilíticas, en ninguna pudo encontrar el espirocete.

El Dr. *Ehrmann* dice que de las investigaciones hechas por el Dr. Lipschütz en 14 casos de sífilis reciente ó recidiva reciente, aún no tratadas, de su clínica, en todos se encontró el espirocete pálido, y en cambio, no se halló en los casos no sifilíticos.

No es necesario seguir exactamente las reglas dadas por Schaudinn. El Dr. Lipschutz empleó en los primeros tiempos la disolución ordinaria de Giemsa, que mezclaba con agua destilada en la proporción de 2 por 3. Con algo de práctica se consigue al fin distinguir el espirocete pálido de las demás formas análogas que pululan por las regiones respectivas. También el Dr. Lipschutz ha visto casos en que abunda mucho el espirocete al lado de otros en que anda muy escaso.

El Dr. Oppenheim: En la Clínica del Dr. Finger hemos visto el espirocete de Schaudinn en la secreción del chancro y de pápulas. Basta con la disolución de Giemsa diluída al 1 por 4 y actuando durante media á una hora.

Autoplastia por el método de Müller König. — El Dr. *Eiseleberg* presenta dos individuos en los que curó defectos del cráneo por medio de una autoplastia, practicada por el método de Müller-König. Como en uno de los casos van transcurridos trece años y en el otro doce, se puede afirmar que se trata de una curación de carácter definitivo.

En el primer caso se trataba de un tumor del parietal derecho, que incindido por un médico había dado salida á pus caseoso. Como después sobrevinieron dolores, ingresó el enfermo en la Clínica de Billroth. Se encontró entonces un defecto fistuloso, y al operar se hallaron depósitos paquimeningíticos. Fué necesario extirpar un trozo de hueso de 4 centímetros y medio de largo y 2 de ancho, cubriéndose el hueso á los tres meses y medio con un colgajo, á lo Müller-König, que se tomó del parietal izquierdo.

En el segundo caso se trata de un individuo que de resultas de una caída

de cabeza tenía ataques epilépticos. Para aliviarle le habían extirpado la cicatriz, pero había quedado un defecto pulsátil en el hueso. Volvieron los ataques y entonces se procedió á operar de un modo análogo á como se había hecho en el caso anterior. Con esto cesaron otra vez los ataques, pero habiendo recibido un golpe hace cinco semanas en la zona lesionada, tiene desde entonces algún dolor y contracciones en la extremidad superior y en el facial del lado opuesto.

Equinococo del hígado. — El Dr. *Hans Haberer* presenta un individuo de cuarenta años al que practicó Eiselsberg la laparatomía el 1.° de mayo, encontrando el lóbulo izquierdo del hígado casi ocupado por un gran quiste que estaba muy adherido al omento menor. Se vació, se sacó fuera de la herida y es extirpó con lo poco que quedaba del lóbulo izquierdo: la hemorragia se cohibió por medio de ligaduras mediatas. El quiste estaba lleno de vesículas hijas. Sutura, dejando tan sólo dos tubos de desagüe. A pesar de la extensa ligadura del omento no padeció la nutrición del estómago, pero á la tercera semana de la operación se desarrolló una pleuresía serosa del lado derecho que se evacuó por medio de punción.

El interés del caso consiste en haber extirpado en un sólo tiempo un quiste de equinococo de unas dimensiones poco comunes hoy en día.

Hace cuatro años extirpó Eiselsberg un gran quiste hepático de equinococos, que tenía una mujer, de cincuenta años, en dos tiempos, desprendiéndolo en el primero de sus adherencias y extirpándolo á los dos días con el hierro candente. Sobrevinieron embolias retrógradas que determinaron gravísimas gastrorragias, pero al fin se curó la enferma.

Operaciones en casos de coledocolitiasis. — El Dr. *Hans Lorenz* presenta dos mujeres, madre é hija, á las que operó el 16 de marzo por padecer coledocolitiasis.

En la madre estaba atascado un cálculo en la papila del colédoco; movilizado el duodeno y descubierta la porción retroduodenal del colédoco, se desatascó el cálculo y se empujó hasta el cístico. Se extirpó la vesícula que estaba muy destendida y contenía muchos cálculos; desde el cístico se incindió el colédoco y se extrajo el cálculo; desagüe del hepático y del fondo de la herida; sutura de las paredes abdominales; curación. En la hija ya se había practicado hace siete años la colecistotomía ideal, extrayéndole entonces de la vesícula una gran cantidad de cálculos. Pero como desde la primavera de 1904 volvieron los ataques de cólico y eran cada vez más frecuentes y violentos, se la operó cuando su madre, siendo de advertir que se hallaba embarazada de cuatro meses.

Como había extensas adherencias, la operación fué muy difícil y no se podía sacar ni invertir el hígado. En la porción retroduodenal del colédoco había dos cálculos muy poco deslizables. Una vez movilizado el duodeno, se los pudo empujar hacia arriba y después de extirpada la vejiga y el cístico, se los extrajo, previa una incisión transversal del cístico, á la cual siguió otra del hepático. También se extrajeron cálculos de este último conducto y arenillas y masa blanda de las ramas del mismo. Suturas y demás, como en el caso anterior. Curación.

En estos casos y en otros tres análogos observó el autor las grandes ventajas que puede reportar la cirugía biliar de la movilización del duodeno

por el método de Kocher. Gracias á esta maniobra se consigue muchas veces poder desprender algunos cálculos y hacerlos pasar á la porción supraduodenal del colédoco. Además facilita mucho la orientación y también la palpación de las vías biliares.

(*Wiener klinische Rundschau*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Eczema ó impétigo.—En el eczema, dice el Dr. C. W. Allen, nada hay que iguale como medio local general á la disolución de azul de metileno al 3 ó 5 por 100. En cuanto se seca la disolucion sobre el área afectada, se aplica sobre ésta una capa ligera de colodion que se repite antes de que se desprenda. El impétigo contagioso coincide muchas veces con la existencia de piojos que transportan la infección. Se desprenden las costras con una cataplasma de fécula de patata, y se aplica una pomada de mercurio amoniacal al 10 por 100 ó bien se hacen lavatorios con la disolución de jabón verde y después con la de bicloruro de mercurio al 1 por 1000. Se aplica por medio de un pincel sobre áreas poco extensas la disolución acuosa de ichtiol al 5 por 100 ó la mezcla de colodion é ichtiol al 5 ó 10 por 100. Pueden utilizarse la disolución acuosa de salol al 1 por 100 ó la pomada de betanaftol con ácido bórico y vaselina al 5 por 100. Las pomadas son en general menos útiles que los lavatorios. En los niños de pecho deben emplearse pomadas poco activas, como las de ácido salicílico ó la pasta de Lassar, que se extienden sobre muselina. El tratamiento interno sólo es necesario en casos raros.—(*The Medical Record*, 20 mayo 1905).—F. TOLEDO.

La reacción de la sangre en el tifus exantemático. — De las investigaciones practicadas por el Dr. M. Kirecff (de Moscou), en 3 casos de viruela, 3 de varioloide, 4 de escarlatina, 4 de sarampión, 1 de eritema multiforme, 1 de rubeola, 1 de septicemia, 5 de fiebre tifoidea y 28 de tifus exantemático, resulta que en las infecciones exantemáticas agudas la alcalinidad de la sangre es normal ó está muy poco disminuída, excepto en el tifus exantemático, puesto que en esta infección la alcalinidad de la sangre siempre está muy aumentada, dato que puede ser muy útil para el diagnóstico diferencial. — (*Zentralblatt für innere Medizin*). — R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGIA PRÁCTICAS

HIDROENCEFALOCELE CONGÉNITO

POR EL

DOCTOR R. MARTIN GIL

de Málaga.

En septiembre del año pasado trajeron á mi consulta un niño acompañado de sus padres y de unos parientes, que venían de su pueblo natal, el Valle de Abdalagís.

El enfermito tenía seis meses de edad, estaba muy bien nutrido y conformado y era alegre y vivaracho, como cualquiera niño robusto y sano lo pueda ser.

Tras pocas palabras de tan larga familia, quitaron al niño la moña de encaje que llevaba y me hicieron ver el tumor que tenía detrás de la cabeza, colgando sobre el cogote.

Pregunté por los antecedentes patológicos de sus ascendientes, y de los pocos que del niño me pudieron dar, y me pareció que la familia, más que callada por condición, era reservada en sus contestaciones *para que no pudiera yo inclinarme á otras opiniones que ya hubieran consultado.*

Esta precaución suele ser frecuente entre los enfermos de por aquí, no sé si más que entre los de otras partes, y por llegar á ser cautelosos dejan de informar hasta de aquello que debe conducir al esclarecimiento de un diagnóstico verdadero.

De todos modos, nada que pudiera ser útil aprendía de anamnesia en este caso: Que la madre había tenido un parto gemelar de un feto muerto y otro vivo, el cual murió á los diecisiete meses de nacido; que después tuvo dos partos de un varón cada uno: uno murió á los doce meses, de una afección á la garganta, y el otro vive

actualmente, y que todos estos niños habían sido bien conformados y robustos, y los padres son fuertes, sin antecedentes sifilíticos.

El niño motivo de este artículo está igualmente bien conformado, no tiene ninguna otra enfermedad que la que es objeto de nuestra historia; la madre lo cría, y averigüé que al nacer este enfermito no se apreció tumor alguno, pero que á las pocas semanas le vieron un bulto pequeño en el punto donde se presenta ahora del tamaño de una mandarina grande.

Mientras reconocía este niño, me avisaron que un ilustrado médico me esperaba para hablarme de otro enfermo. Aproveché tal oportunidad para que lo viera este compañero, y después de un examen detenido, me dijo que creía se trataba de un quiste del cuero cabelludo.

No fué opinión que así manifesté á la familia, ni yo la creí tampoco; por el contrario, signifiqué la conveniencia de que me volvieran á traer el enfermito de nuevo, para reconocerlo más despacio y cerciorarme del diagnóstico verdadero.

Al día siguiente volvieron á traer el niño, y desnudo, cual se representa en la figura adjunta, aparecía el tumor en el centro de la región occipital. Estaba bastante pediculado, casi péndulo, con la piel muy fuerte y sin ulceraciones (cual suelen presentarse) y con pelos muy escasos y cortos. El tumor era blando y depresible, se reducía considerablemente y se sentía en la fontanela mayor tensión del líquido, la cual se hacía isócrona con las presiones sobre él practicadas.

No existían pulsaciones en el tumor, aunque en cada una de las inspiraciones del niño aumentaba la tensión.

Puesto boca abajo le hice la flexión del cuerpo, elevándole ambas piernas, y no se aumentaba el volumen ni la turgencia del tumor. En cambio, la reducción forzada le producía al niño gran malestar y desasosiego.

Visto con un fotoscopio eléctrico, aplicado inmediatamente al tumor, aparecía el contenido uniformemente translúcido, muy claro, sin opacidades que hicieran presumir hubiera otros elementos de mayor densidad además del líquido que evidentemente existía.

El niño no tenía hidrocefalia ni microcefalia, el volumen de su cabeza era natural y proporcionado, así como no padecía ninguna otra mala formación; tampoco encontré sitios hiperestesiados ni anestesiados en las piernas, lo mismo que no se le escapaban las orinas ni las heces, cual en estos casos suele acontecer.

Si el diagnóstico era fácil respecto al género de estos tumores, resultaba más serio distinguir entre las tres clases que bajo el nombre de espina bífida del cráneo algunos cirujanos franceses comprenden, por el procedimiento que hubiera de emplear para curarlo y por el pronóstico que dedujera.

En cuanto á las neoplasias de índole diferentes con que podría confundirse resultaba que no era un quiste dermoideo, porque el contenido sebáceo, las glándulas, los pelos y sus folículos dan consistencia mayor que la de una colección líquida; no sería reductible,

ni guardaría ritmo con la respiración, y presentaría á la translucidez densidades diferenes, en ningún punto tan claras como la que aparecía en este caso.

En cuanto á que fuera un linfoangioma, no podía pensarse porque no son pediculados ni reductibles estos tumores: se presentan en la cara y el cuello y tienen aspecto tan diferente, que no puede encontrarse alguna semejanza con el tumor de que tratamos. Lo mismo acontece con los fibromas—duros ó blandos—y los lipomas, que no son peculiares de esta región ni se pueden reducir.

Tampoco había que pensar en un cefalomatoma, por ser propio de

los recién nacidos, ni la forma, el volumen y la constitución de sus caracteres corresponden con las de un tumor pediculado.

Algunas veces aparecén en el cráneo tumores venosos en comunicación con los vasos cerebrales, pero estos tumores se presentan á lo largo de la sutura sagital, se aumentan ó se reducen con los cambios de posición de la cabeza y tienen pulsaciones isócronas con el sistema vascular del enfermo.

Me hizo pensar, por último, en un *pneumatoceles crani*, que Wetuher, Sonnenberg y D'Arcy Power han encontrado y describen como peculiares de los niños pequeños.

Este tumor es reductible, indolente y con frecuencia congénito, aunque aparece también inopinadamente sin causa alguna. Pero se forma siempre sobre el temporal, y por esto y por sus reproducción después de punzado y dilatado, dando salida al aire, además de agrandarse en las inspiraciones fuertes, no hay duda que tiene relación con las vías respiratorias, probablemente por el oído (1).

Con todo, este diagnóstico diferencial todavía podía ser como el caso de Duplay ó más aun como el de Guersant, que mientras unos cirujanos lo diagnosticaban de angioma y otros de encefalocele, había quienes lo creían formado por ambos tumores á la vez; pero, en verdad, esos dos casos eran en neoplasias de la cara, sitio más frecuente de toda clase de neoformaciones.

Concretándonos á lo que por todos motivos debía ser el producto de una fisura congénita del cráneo, el niño parecía sufrir un meningocele ó un hidroencefalocele. En ningún caso un encefalocele.

Con dejar ya limitadas á dos variedades este tumor, todavía es difícil, si no imposible, hacer más clara, precisa, terminante diferenciación entre cuál de los dos debía ser. El meningocele es tan raro, que algunos autores no lo admiten (2), porque no comprenden cómo pueda existir un tumor con líquido solamente, sin parte alguna del cerebro. Hewett lo cree únicamente restos de un encefalocele, en que el cerebro herniado ha vuelto á la cavidad craniana. Otros cirujanos, en cambio, ven en el meningocele el comienzo de una hernia encefálica.

De todo esto resulta que es un tumor por extremo raro, si no dudoso, para concebirlo formado exclusivamente de líquido, contenido tan sólo por la duramadre y la aragnoides.

(1) The Surgical diseases of the children, by D'Arcy Power, 1895.

(2) De Saint Germain. Art. Encefalocele. Noveau dict. de Med. et de chirg. practiques, pág. 195.—1870.

Mucho más frecuentes y más graves, por cierto, son los hidroencefaloceles donde en realidad existe una hidrocefalia de alguno de los ventrículos, con hernia del tejido cerebral, porque el líquido proviene del ventrículo enfermo, propulsando el cerebro por la fisura craniana y formando un divertículo.

Por la razón de ser frecuente esta clase de tumores, y lo raro, ya que no dudoso, de la existencia de los meningoceles, el diagnóstico lo hice en este caso de hidroencefalocele, sin embargo que no hay síntoma diferencial, ni indicios que juiciosamente inclinen al cirujano á uno ú otro diagnóstico. Más aun, por radicar esta neoplasia en la línea media del occipital, con el pedículo en el centro, me hizo comprender que la perforación estaba por encima de la protuberancia del hueso. De lo que no me podía percatar era de si el contenido cerebral lo formaban parte de los lóbulos cerebrales posteriores, con su asta posterior distendida del ventrículo lateral, ó de si en el tumor se alojaba tejido del cerebelo con el líquido del cuarto ventrículo. Porque del contenido cerebral de estos tumores nada se puede predecir, dado que la parte que se encuentra suele estar tan distendida que no constituye más que una capa de substancia nerviosa, y á veces aparecen sólo vestigios de su existencia.

Este diagnóstico, y el hallarse el hidroencefalocele en la región occipital, la forma más grave para el pronóstico siempre y de peores y azarosos resultados en las operaciones, me hicieron pensar mucho ante un niño que aparecía robusto, inteligente y bien conformado, creyéndome á veces más obligado á salvarlo de su grave enfermedad, y temiendo otras, si con mi intervención podría provocarle la muerte á un sér que contaba con elementos sobrados de vida, y además que el tumor no presentaba indicios de romperse, ni siquiera motivos de próximas ulceraciones.

Vueltas dí, en verdad, á este asunto clínico, y comprendiendo que son pocos los casos curados, siempre á cambio de una aventura científica, y muchos los que perecen en tan inciertas intervenciones, decidíme por aconsejar á la familia le aplicaran al niño un casquete elástico de lana, y que si aumentaba el tumor ó se ulceraba, me lo trajeran de nuevo, para pensar entonces si era llegado el caso de una operación.

REVISTA DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO RUEDA

Director de la consulta oto-rino-laringológica del Hospital de la Princesa

---

Sumario: I. Una lámpara con filamento metálico para el reflector de Clar. — II. La vía de acceso hacia el seno cavernoso. — III. Investigaciones anatómicas y clínicas sobre las alteraciones del espinal de origen ótico.—IV. Relación del simpático con ciertas lesiones auriculares. — V. El petróleo en el tratamiento del ozená. — VI. Laringectomía total en dos tiempos separados.

I. La lámpara en cuestión es ideada por M. Slooy, ingeniero de artes y manufacturas, y nos la da á conocer el Dr. Lombard (de París) en una breve publicación, aparecida en el último número de los *Annales des maladies de l'oreille.*

Esta lámpara difiere de las demás por la constitución de su filamento, formado de una mezcla de metales raros (rhodium y zirconium), cuya incandescencia da una luz blanca de gran intensidad. El Dr. Lombard utiliza con el espejo de Clar una lámpara de 4 voltios, que no necesita más que una corriente de 45 centésimas de amperio. Para obtener la misma intensidad fotométrica empleando filamento de Carlon, se precisan 8 voltios y 95 centésimas de amperio.

Por esta razón, resulta también resuelto el problema de la transportabilidad del aparato, que en el modelo adoptado por el Dr. Lombard no se compone más que de dos pequeños elementos acumuladores acoplados, contenidos en una caja aplastada, cuyas dimensiones no exceden de 6 centímetros de espesor, 13 de largo por 14 de altura.

II. Sólo el enunciado de este epígrafe parece un absurdo tan considerable como si trataramos de extirpar la glándula pineal, pero hay que reconocer que son tales los atrevimientos de la cirugía moderna, que no debemos pasar sin examen serio toda proposición que conduzca á combatir cualquier padecimiento tachado de incurable, aunque las dificultades técnicas resulten enormes, y aunque tengamos que lesionar órganos de gran interés vital. Este es el caso seguramente para la tromboflebitis supurada del seno cavernoso, consecutiva á supuración del oído.

Durante el curso presente hemos sentido por dos veces la misma impresión de impotencia que el Dr. Luc nos pinta en su trabajo, aparecido en el número del 6 de junio último en los *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.*

En uno de los casos tratábase de un operado de mastoides con sinusitis del seno lateral, que en el trascurso del tratamiento post operatorio sufrió una hemorragia del seno por rotura espontánea de su pared friable, á causa del proceso flebítico, infectándose rápidamente los senos petroso y el cavernoso del mismo lado con los fenómenos orbitarios característicos. En el segundo caso se trataba de un joven ingresado en nuestro servicio de la Sala de San Joaquín del Hospital de la Princesa, con fenómenos meníngeos, y el estado característico de los órganos orbitarios que denunciaban flebitis supurada de ambos senos cavernosos, todo consecutivo á un colesteatoma del oído medio, demostrado por la autopsia.

Y como el Dr. Luc, nos preguntamos: ¿podrá la cirugía algo contra determinados casos de esta especie?

Dos observaciones registra la literatura, que no dejan de tener significación: una publicada por el Dr. Bircher (Suiza), y otra por el Dr. Voss (de Riga). El Dr. Bircher en su caso, pone al descubierto la fosa craneal media, por la aplicación de dos coronas de trépano sobre el conducto auditivo externo, por cuya vía realiza la resección de la pirámide petrosa, descubriendo un foco purulento á nivel del seno cavernoso (circunstancia que no resulta clara en su descripción, así como resultan confusos otros puntos de su trabajo), consiguiendo de este modo la curación, aunque con ciertas abolíciones funcionales propias del sacrificio necesario de ciertos órganos.

El Dr. Voss ha realizado una operación más racional, y que seguramente conduce al seno cavernoso.

Procediendo como para una extirpación de ganglio de Gasser, resecando la apófisis zigomática y levantando un gran colgajo para descubrir la parte posterior del ala mayor del esfenoidees, se llega hasta los agujeros oval y redondo mayor. Levantado le hueso de fuera á adentro hasta la conjunción de los nervios maxilar superior é inferior, se busca el ganglio de Gasser, encontrándose el seno cavernoso á su parte interna, siendo necesario levantar el lóbulo esfenoidal con una espátula, con lo que el seno pudo ser abierto en la extensión de 6 centímetros. Este operado falleció por meningitis, pero no deja de ser una tentativa racional.

Dice el Dr. Luc que, sugestionado por la lectura de un trabajo de Grünert, en el que se menciona la posibilidad dé alcanzar el seno cavernoso pasando á través del seno esfenoidal, se propuso practicar la operación en el cadáver, y la ejecutó en cuatro, pretendiendo encontrar por esta vía ciertas ventajas sobre la exterior adoptada por Voss. En el método de este autor hay que tropezar en el camino con los nervios motores ocular común y externo y con el patético, y además, expone á la lesión del vaso carotídeo que está como envainado en la parte externa del seno cavernoso, cuyas relaciones anatómicas no son de temer por la vía esfenoidal, puesto que los mencionados órganos quedan á la parte externa del campo operatorio.

El Dr. Luc ha procedido en sus ensayos del modo siguiente:

1.° Resección extensa de la pared antero-externa del seno maxilar.

2.° Resección externa de la pared interna del mismo seno y vaciamiento del laberinto etmoidal.

3.° Habiendo así quedado á descubierto el seno esfenoidal, reseca extensamente su pared antero-inferior, dejando á descubierto la laminita ósea que nos separa ya del seno cavernoso, realizando ahora el

4.° Con escoplo adecuado y martillo descubre el seno cavernoso y lo incinde.

Después de haberse publicado este trabajo, aparece en una revista belga un trabajo del Dr. Goriz (de Bruselas), en el que se describe una operación practicada con éxito por esta misma vía. A consecuencia de una etmoiditis supurada, se forma un absceso subdural á nivel del quiasma de los nervios ópticos, el cual es abierto por el Dr. Goriz á través del seno esfenoidal.

¿Estará formándose un nuevo capítulo de la cirugía que podrá llamarse de la base craneal? No me parece completamente desprovisto de fundamento.

III. Por iniciativa del Dr. Lermoyez, ha emprendido el Dr. Leroux, en el Hospital Saint-Antoine, una serie de investigaciones que vienen á constituir una demostración científica de los hechos dispersos que la clínica ya tenía registrados. Registrando los hechos observados, nótase que la neuritis del espinal aparece señalada principalmente en la tromboflebitis del seno lateral, del golfo y de la vena yugular. Pero existen casos en los que no aparece tal etiología, debiendo invocarse una supuración á distancia ó bien una compresión de origen ganglionar.

En la práctica personal del autor se registran dos casos, en los que la neuritis del espinal depende de una mastoiditis con lesión de la punta.

Haciendo un recuerdo anatómico del espinal, hay que considerar que en su trayecto desde el agujero rasgado posterior hasta su terminación en el esternocleidomastoideo, se encuentra en la vecindad de la yugular primeramente, aproximándose luego á la mastoides, encontrándose en el camino agrupaciones ganglionares que pueden tumefactarse en un espacio estrecho, el espacio subparotideo posterior de Sebileau.

El seno lateral, en su porción terminal, se encuentra casi en contacto con el espinal, siendo, por lo tanto, las inflamaciones del seno muy expuestas á la provocación de la neuritis.

El agujero rasgado está dividido en tres compartimentos por la existencia de puentes fibrosos : uno anterior, por el seno petroso inferior ; otro posterior, para el golfo de la vena yugular y otro intermedio, para los nervios glosofaríngeo, que va por dentro, y el pneumogástrico y espinal, que van por fuera. Estando este último en contacto inmediato con el golfo de la vena yugular, puede participar fácilmente de cualquier infección del vaso.

Conocido es de todo el mundo que el agujero rasgado en su prolongación adelante, constituyendo la fosa yugular, viene á estar en contacto, de un lado, con el suelo de la caja timpánica, y de otro, con alguna porción del oído interno (vestíbulo y canal semicircular).

En una preparación seca se nota que la punta de la mastoides está á 3 centímetros del punto de emergencia del espinal por el agujero rasgado posterior, distancia que es de 4 centímetros á 4 $^1/_2$ cuando está el hueso recubierto de las partes blandas, detalles que son dignos de tenerse en cuenta cuando se trata de evacuar una colección purulenta que infecte ó comprima el nervio.

El espinal desciende por la cara interna de la vena yugular, á la que está íntimamente unido.

Tan pronto como sale del agujero rasgado, el nervio se divide, uniéndose en seguida la rama interna con el pneumogástrico. En todo el trayecto, la rama externa está unida á la vena yugular de tal modo, que el contagio es muy fácil.

La infección puede ser aportada bien por las venas del oído interno, venas del acueducto y del caracol, por las venas de la caja timpánica, por las de la bóveda faríngea, por las emisorias del seno

carotídeo, bien por ambas vías por el seno petroso inferior, y finalmente, puede ser propagación directa de una tromboflebitis del seno lateral.

La endoflebitis, la periflebitis y la neuritis, representan las diferentes etapas del proceso que consideramos.

La caja en su porción llamada *recessus* hipotimpánico de Kretschmann, se encuentra en gran proximidad del nervio espinal.

Los ganglios cervicales profundos pueden, por mecanismos diferentes (compresión, infección), producir una alteración del nervio espinal. Estos ganglios pueden ser repartidos en dos grupos: los ganglios retrofaríngeos y los subesternomastoideos.

Los primeros son dos colocados verticalmente por delante de las masas laterales del atlas; los segundos forman un grupo extendido desde la punta mastoidea hasta la confluencia de las venas yugular interna y subclavia. Estos grupos ganglionares comunican por medio de linfáticos y son tributarios del oído, según resulta de investigaciones inéditas de Cuneo y Marcille.

El espinal, en su marcha, se aproxima á la mastoides, cruza por su tercio superior el vientre posterior del digástrico, abordando una región que se puede llamar submastoidea, por la que camina juntamente con la arteria occipital.

El espinal, pasado el digástrico, se dirige abajo, afuera y atrás hasta el esternomastoideo, en el que penetra.

Conviene hacer notar el contacto de la arteria occipital con la mastoides, el cruzamiento de la arteria con el nervio espinal, la presencia de venas satélites de la arteria y la existencia de un tejido celular que envaina los vasos.

El espinal aborda el músculo esternomastoideo á dos traveses de dedo por debajo de la punta mastoidea.

El autor ha estudiado también esta cuestión en el terreno experimental, practicando: 1.°, inyecciones de cera por una perforación del suelo de la caja timpánica hecha por el endocráneo al nivel de la fosa arcuata; y 2.°, inyecciones de cera por una perforación de la cara interna de la punta mastoidea practicada por el endocráneo al nivel del codo del seno lateral, realizando un mecanismo semejante al que se da en la mastoiditis de Bezold, dando por resultado que el espinal llega á quedar comprendido dentro de la masa de invección.

Si se considera la cuestión clínica una vez sentados los precedentes anatómicos y experimentales apuntados, nos encontramos con

que la neuritis espinal de origen auricular tiene como preliminar obligado la existencia anterior de una otitis aguda ó la agudización de un proceso crónico, tras el que vendrán luego aparejadas complicaciones tales como la mastoiditis, la flebitis y periflebitis y las supuraciones ganglionares de los grupos que hemos señalado.

Si consideramos el cuadro sintomático engendrado por la neuritis de la rama externa, vemos que primeramente se hace dolorosa, contracturándose el grupo muscular correspondiente, para pasar más tarde á la parálisis y la atrofia. Pueden existir aislados el dolor y la contractura y no llegar el proceso al cuadro final, siendo muchas veces tan sólo una iniciación de lo apuntado.

Las contracciones pueden ser clónicas ó tónicas, verificándose los fenómenos correspondientes á la contracción del esternocleidomastoideo ó del trapecio ó de ambos á la vez y según la función asignada á este grupo muscular, con la desviación de la cabeza característica.

La parálisis puede aparecer desde el principio ó ser consecutiva al torticolis, ocasionándose deformaciones características debidas á la flacidez de los grupos musculares de que tratamos.

Las conclusíones del trabajo del Dr. Robert Leroux son como siguen, apoyándose en dos observaciones personales y en el historial que registra la literatura hasta la fecha:

1.ª Puede observarse la neuritis del espinal en ausencia de flebitis sinusal ó de la yugular, tratándose entonces lo más frecuentemente de una mastoiditis de Bezold.

2.ª Bajo el punto de vista patogénico, cuando no puede sospecharse un absceso extradural, debe admitirse ó una compresión de origen ganglionar, ó una fusión purulenta á lo largo de la vaina de la arteria occipital.

3.ª Puede faltar el torticolis, pero siempre existe dolor en un punto preciso.

4.ª Los síntomas son variables, dominando unas veces del lado del esternocleidomastoideo y otras del lado del trapecio.

5.ª En algunos casos se observan trastornos vocales.

6.ª El tratamiento debe variar según la época y el grado de la lesión.

IV. El Dr. Ferrer ha publicado un interesante trabajo sobre este asunto, que puede estar en la vía de lo cierto. Desde hacía tiempo profesaba el autor la idea de que numerosos casos de paracusia observados en el curso de otitis media catarral crónica, estaban en

relación con la patología todavía obscura del simpático. Ha realizado algunos trabajos experimentales con el fin de dilucidar la influencia que el simpático puede ejercer sobre la tensión vascular de la mucosa de la caja timpánica, y relata la observación de un caso de simpaticectomía bilateral en un individuo afectado de hipertrofia tiroidea, con el objeto de remediar paracusia tan violenta, que el enfermo pensaba en el suicidio.

Los accidentes auriculares habían aparecido muchos años antes en el curso de una otitis media supurada aguda complicada de parálisis facial; al examen otoscópico se notaba gran dilatación vascular en ambos oídos que complicaban una enfermedad de Basedow. A los quince días de la operación, se notaba claramente considerable disminución de la dilatación vascular, mejoría de la audición, siendo los ruidos auriculares muy tolerables.

Según el autor, los ruidos auriculares no serían otra cosa que la excitación anormal del aparato nervioso acústico, que en determinados casos se puede admitir que son trastornos reflejos causados por alteraciones del simpático.

V. El Dr. Botone (de San Remo), preconiza para el ozena el siguiente tratamiento:

1.° Practicar irrigación nasal detersiva con solución de bicarbonato de sosa ó de ácido salicílico.

2.° Friccionar todos los puntos de la pituitaria con un pincel de algodón empapado en petróleo, según la siguiente fórmula:

Petróleo.....	40 gramos.
Aceite de eucaliptus odorizado con esencia de limón.....	0'50 centígramos.
Nitrato de estricnina	0'02 —

Según el autor, su efecto es bactericida y estimulante de la circulación de la mucosa.

VI. Una de las operaciones que con mayor trabajo se abren camino en la práctica especial laringológica y en la quirúrgica general, es sin duda alguna la laringectomía total, y en verdad no es debido esto á las dificultades técnicas que con el ejercicio se salvan fácilmente, sino al resultado de la estadística operatoria que da un tanto por ciento de mortalidad bastante considerable. No es esto debido al considerable traumatismo, ni á complicaciones febriles ó cardíacas, ó de cualquiera otra índole que pudieran invocarse, sino más bien á la pneumonía séptica engendrada por los productos del campo traumático, que bien pronto infectan el arbol respiratorio.

A evitar esta temible complicación se han dirigido los esfuerzos de los cirujanos en los últimos tiempos, siendo á ellos debido, y no á los laringólogos, los mayores perfeccionamientos en este sentido.

Las operaciones de Perier y de Glück son una labor maestra y atrevida, en las que la tráquea queda efectivamente fuera del campo operatorio, como aislada, haciéndose difícil la transmisión por ella de productos sépticos. En este sentido consideramos de toda imposibilidad realizar una mejora, por lo que al señalar en esta Revista la modificación introducida nuevamente por Le Bec, cirujano del Hospital Saint Joseph, de París, no lo hacemos creyendo como su autor que con tal procedimiento llegue á realizarse un aislamiento mayor del conducto traqueal, sino porque dadas las condiciones orgánicas de ciertos enfermos, su falta de resistencia y lo prolongada que puede resultar una laringectomía, nos parece prudente discutir las ventajas de la operación en dos tiempos como propone y ha practicado una el autor con feliz éxito.

El Dr. Le Bec, por medio de una incisión central crico-esternal, descubre y aisla el conducto traqueal, dividiéndole transversalmente por encima del primer anillo, separándole por detrás del conducto esofágico y atrayéndole adelante para suturar á la piel la sección transversa, es lo que no difiere esencialmente de los procedimientos de Glück y de Perier.

Ahora bien, el Dr. Le Bec limita á esto la primera intervención y deja que se establezca la cicatrización de la herida operatoria, y á los catorce ó quince días, ó cuando esté realizada, practica la verdadera laringectomía, en cuya técnica, así como en la sutura faringo-esofágica y el mecanismo de alimentación por medio de sonda permanente, no difiere esencialmente de lo que ha sido ya practicado por varios operadores.

Y decíamos que para determinados casos puede ser de utilidad la modificación de Le Bec, porque no podemos olvidar la influencia que en el éxito operatorio pueden tener el tiempo de prolongación de una operación, la cantidad de cloroformo absorbido y las condiciones de resistencia anteriores del sujeto. Es así, que la laringectomía es practicada frecuentemente en sujetos de poca resistencia orgánica, es así que puede ser considerada como una operación prolongada, y finalmente, si tenemos en cuenta que las nuevas condiciones en que se establece la respiración colocan al aparato pulmonar en condiciones de mayor vulnerabilidad, aun sin contar con la absorción de productos sépticos; luego la operación en dos tiem-

pos encuentra su lógica aplicación dando lugar á que en el intermedio se repongan las fuerzas del enfermo y las vesículas pulmonares se hayan habituado á las nuevas condiciones del aire que á ellos llega.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de Enfermedades de los niños en el Instituto Rubio

I. LAS ENFERMEDADES DEL OÍDO EN LOS ALUMNOS DE LAS ESCUELAS DE PRIMERA ENSEÑANZA, por el Dr. C. Compaired. Madrid, 1905.

II. HIGIENE INFANTIL AL ALCANCE DE LAS MADRES DE FAMILIA, por el doctor D. Francisco Javier de Silva. Madrid, 1905.

I

La publicación de este trabajo es plausible, porque así podrá el público en general juzgar de lo útil de la conferencia que el doctor Compaired ha dado en el Colegio de Médicos de esta Corte.

Fundado en la importancia que tiene el oído en punto á la formación del pensamiento y á la vida social del individuo, y en la facilidad con que se pasa el momento oportuno de evitar males de aquel doble carácter, por ignorar ó desatender las funestas lesiones de este sentido en la infancia, el Dr. Compaired discurre con gran brillantez sobre este asunto. Hace un oportuno paralelo entre lo que en sociedad es el ciego, el sordomudo y el sordo, y estudia en ellos su carácter, su inteligencia; examina ésta y se fija en las lesiones supuradas del oído medio, frecuentes en los niños, así como en las vegetaciones adenoideas y en su necesario diagnóstico para asegurar la fácil curación, y haciendo útiles los que en otras condiciones resultan infructuosos trabajos de la enseñanza. Es preciso, dice el Dr. Compaired, un obligatorio reconocimiento del niño por un aurista antes de ingresar en las escuelas, á fin de que los maestros sometan á régimen pedagógico especial á los niños con lesiones óticas.

Los padres deben ser informados de los peligros del abandono de las lesiones de los oídos en sus hijos, pues así pronto remediarían lesiones perfectamente curables á tiempo.

Sobre estos puntos versó la brillante conferencia del Dr. Compai-

red, y así se expresa en su folleto, en donde facilita su estudio con una buena clasificación de las otitis, y su consecuencia la sordera: expone, además, el resultado de su brillante práctica en la especialidad, é ilustra la narración con grabados explicativos de las lesiones, principalmente de las vegetaciones adenoideas.

El trabajo está escrito con claridad y conocimiento del asunto tan acreditado como lo tiene el Dr. Compaired, y ha logrado presentar al público una monografía de la especialidad de los oídos en el especial capítulo de las otitis y la sordera, en relación con la higiene escolar, por lo cual merece el autor los plácemes más sinceros.

II

Precede á este trabajo un prólogo del Dr. Calatraveño, en el cual expone la importancia del asunto que desarrolla el Dr. Silva, pues es reconocido de todos el interés que despierta cuanto va encaminado á conseguir una puericultura higiénica, siempre que, como en esta obra, tiendan los consejos á educar á las madres en provecho de la educación completa del niño.

En varios capítulos divide su publicación el Dr. Silva: uno dedicado al recién nacido, en el cual esboza cuantos problemas se conocen en esta edad, sobre todo el de la alimentación, ligado al peso. Se refiere á la tabla de peso del Dr. Häbner, en nuestro juicio algo elevada en la cifra de peso en relación con la que se observa en nuestros dispensarios, y sobre todo, la que arroja la práctica en nuestra *Gota de leche*. Se ocupa de la talla, dimensiones de algunas partes del cuerpo, etc., de todo, en fin, lo que más interesa al estudio del recién nacido. En sucesivos capítulos desarrolla el destete, dentición, vestidos y baños, para ocuparse en otro lugar de la infancia, y resueltamente dicta acerca de cuanto se refiere á la educación é instrucción de los niños, consejos encaminados á despertar cuidados en los padres que han de aprovechar sus hijos para lograr ser sanos física y moralmente.

Muy de acuerdo con el Dr. Silva en cuanto expone en su trabajo, nuestra misión queda reducida á ensalzar como se merece su obra, que esperamos ha de ser atendida por cuantas madres deseen merecer el título de tal y que sus hijos gocen de los beneficios que les ha de reportar la aplicación de cuanto se aconseja en tan útil trabajo.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 22 de Mayo de 1905.

Parálisis pseudohipertrófica. — El Dr. *Fernández Sánz* dice que en esta afección se encuentran asociadas la atrofia verdadera á la hipertrofia aparente. Vénse en este enfermo los músculos gemelos muy desarrollados en relación á los de las nalgas. Tiene dos hermanos afectados de análoga enfermedad. Es partidario de la doctrina dualista en cuanto á la patogenia de las miopatías primitivas; así lo expuso en esta Academia hace dos años y este criterio lo ha robustecido en casos como el que expone esta noche, que contradicen el criterio unicista de Raymond.

Este enfermo padeció á los siete años *dolor de costado*, que le retuvo un año en cama; después una angina intensa, con supuraciones del cuello y fiebres.

La enfermedad actual comenzó á los diez años por torpeza de los movimientos de las piernas, calambres y dolores, que desaparecieron, acentuándose el volumen de las pantorrillas y la paresia; los muslos se atrofiaron. La circunferencia de la pantorrilla mide 34 centímetros y 27 la parte media del muslo derecho; músculos con dureza impropia. Anda despacio, á pasos cortos, balanceando algo el tronco, y si está sentado en el suelo, necesita, para levantarse, apoyar la mano en la rodilla. Reflejo rotuliano abolido, Aquiles normal. Hay indicio de la atrofia terminal de Roth en el deltoides.

Trátase, pues, de una miopatía primitiva de tipo pseudohipertrófico. La atrofia de tipo Aran-Duchenne empieza en la edad adulta; no es familiar; las alteraciones anatómicas asientan en sitios distintos; en ésta afectan primero las astas anteriores de la médula, en la otra son los músculos primitivamente afectados.

Raymond quiere que la atrofia muscular primitiva de Charcot-Marie sea una forma de transición entre dichas dos enfermedades, pero lo que hace es confirmar sus diferencias; después ha descubierto un tipo de amiotrofia que se desarrolla en niños pequeños, que comienza en los muslos y en los lomos y que es familiar, y esta forma quiere que sea la de transición, pero es aún asunto que no se ha dilucidado bien y merece seguir investigándose.

El Dr. *Salas Vuca* intervino en la pasada discusión de hace dos años, mostrándose dualista, no olvidando que hay casos poco diferenciales. Cree que el carácter de la reacción de degeneración no sirve para establecer diferencias; en unos casos hay alteración cualitativa y cuantitativa, como en el tipo Aran-Duchenne.

El Dr. *Fernández Sanz* cree que las formas de transición se refieren á los tipos de la misma familia.

Pioneumotórax tuberculoso. — El Dr. *Fernández Gómez* asistió en la Princesa una muchacha que llegó con gran depresión de fuerzas, fiebre continua, con oscilaciones entre 38 y 39°, lengua saburrosa, con la punta y bordes rojos, seca y fuliginosa. Meteorismo, roseola y estreñimiento seguido de diarrea.

Por otra parte, veíanse en el lado izquierdo del pecho las huellas de reciente vejigatorio; en la zona anterosuperior había disminución de sonoridad, estertores subcrepitantes; poca tos, nada de disnea ni expectoración; por detrás se apreciaba lo mismo. El corazón normal. Creyó que se trataba de una broncopneumonía gripal con manifestaciones gastro-intestinales, probablemente eberthianas, dados los síntomas que acababa de referir.

Desinfección intestinal y tónicos constituyeron la medicación en los primeros días. Quince días después comenzaron á manifestarse los síntomas indicadores de fraguarse un pioneumotórax, hasta que claramente se apreciaba macidez desde la octava costilla hacia abajo y timpanismo alto. Hizo una punción aspiratoria y salió aire nada más. La fiebre tuvo carácter de grave infección, la postración era extrema; el corazón dislocado funcionaba torpemente y el pulso estaba muy debilitado. El Dr. Berrueco hizo nueva punción en el séptimo espacio, saliendo aire y pus muy flúido; después resecó la séptima y octava costillas, saliendo mucho aire y un líquido purulento muy espeso. La enferma murió doce horas después.

En la autopsia se encontró muy dislocado á la derecha el corazón; el pericardio unido á la pleura izquierda por un tejido fibroso; la pleura albergaba aún oxudado purulento y el pulmón lleno de masas caseosas y con una gran caverna. Se encontraron bacilos tuberculosos.

El diagnóstico hecho *a posteriori* no dejaba lugar á duda; la perforación pulmonar produjo el proceso pleurítico.

El Dr. Fernández Sanz: Todos los síntomas se explican perfectamente. La tuberculosis aguda de esta enferma evolucionó en pleura y en peritoneo, explicando estas localizaciones todos los síntomas. En estas formas serosas hay roseola, y de aquí la confusión con la tifoidea que descartó el serodiagnóstico; los signos abdominales se amortiguaron y el proceso se acentuó en la pleura. El neumotórax no se produjo con los caracteres bruscos que acontecen cuando la pleura está libre; debió producirse por enquistamiento.

El Dr. *Salas* fué el primero que vió la enferma, encontrándola síntomas de broncopneumonía, acaso gripal. Días después el Dr. Fernández Gómez pensó en tifoidea y el Dr. Fernández Sanz en tuberculosis, diagnóstico que no aceptaron por faltar muchos signos, entre ellos, la tos y expectoración.

El Dr. *Fernández Gómez* dice que es un caso muy atípico, y que realmente sólo la autopsia ha podido aclararlo.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 24 de Mayo de 1905.

Hematoma y miositis del esternocleidomastoideo derecho. — El Dr. Sarabia: La niña que presento es un caso clínico de algún interés, primero por ser raro de observar en la práctica, y segundo, porque, efecto de esa misma rareza, hay muy poco estudiado respecto al asunto. Es, como véis, una niña de cuatro meses, hija de padres sanos, sin antecedentes de ninguna especie, y se halla bien constituída. Nació á término, en presentación de nalgas, siendo el parto laborioso, puesto que duró tres días y, según dice la madre, la comadrona que la asistió ejecutó tracciones repetidas sobre el cuerpo de la niña para su extracción. A los ocho días de nacer fué cuando se apercibieron de la tumefacción que la niña presentaba en el lado derecho del cuello. Al presentarla por primera vez á mi consulta confieso que no pude formular juicio exacto de la lesión que existía en el músculo esternocleidomastoideo derecho.

Hace el diagnóstico diferencial con el sarcoma, angiosarcoma, adenoma, quiste branquial congénito, quiste seroso, etc., como tumores que pueden existir en dicha región. Como cree que la lesión es del músculo, estudia los trastornos funcionales, las colecciones líquidas y las lesiones intrínsecas del tejido muscular. Desecha la posibilidad de ser una colección purulenta consecutiva á una mastoiditis supurada, y tampoco admite que sea tortícolis congénita, ni tetania del recién nacido. De tortícolis congénita ha observado Chaussier un caso en 23.000 partos por falta de líquido amniótico y posición viciosa de la cabeza del feto.

Lo que encaja más dentro del diagnóstico son tres procesos: goma sifilítico, hematoma y miositis: en el primero no hay que pensar por no coexistir, como quiere Tailor, con otras manifestaciones sifilíticas, así es que mi diagnóstico es: hematoma y miositis del esternocleidomastoideo; es decir, que no sólo ha habido extravasación sanguínea, sino que también inflamación. Estudia el capítulo etiológico (parto lento, tracciones sobre el feto, predilección y frecuencia en el lado derecho); detalla el cómo la lesión se verifica teniendo en cuenta la histología del músculo y diferencia clínicamente la inflamación muscular parenquimatosa y la sarcolímica ó septicémica (división hecha por el Dr. Rubio). El pronóstico del caso que nos ocupa es leve por lo que se refiere á la vida de la niña y lo mismo por lo que hace al órgano afecto. La tendencia á la resolución espontánea así lo prueba, y en caso de que quedara algún defecto el tratamiento por el masaje y la ortopedia, las fricciones con ungüento mercurial y el uso al interior del yoduro potásico (medios que él piensa emplear), es probable que consigan la curación de ésta, no frecuente, dolencia.

El Dr. *Benitez* aduce nuevos razonamientos en favor del diagnóstico, etiología y tratamiento de la enfermedad objeto de discusión, advirtiendo que tampoco había tenido ocasión de ver otro caso de esta naturaleza en su práctica.

Operación de Porro. — El Dr. García de Arias: Voy á contestar á tres afirmaciones que el Dr. Recasens sustentaba en una de la sesiones anteriores con otras tres diametralmente opuestas:

1.ª Dijo que «la vagina no se aseptiza nunca». Esto sólo puede admitirse refiriéndose á la asepsia *absoluta*, imposible de conseguir, pero una asepsia *relativa*, suficiente para garantizar de infección las operaciones llevadas á cabo en Obstetricia y Ginecología, ésta sí que puede conseguirse y seguramente la ha conseguido el Dr. Recasens en las muchas intervenciones que ha realizado.

2.ª Para justificar la operación de Porro, en su enferma, se fundó en que el útero de la misma se hallaba ya infectado por endometritis pútrida anteoperatoria y que de haber hecho la basiotripsia, los desgarros y heridas que produjeran, tanto el instrumento como las esquirlas óseas, serían otras tantas puertas de entrada de la infección preexistente.

No me convencen semejantes razones y le puedo citar más de veinte casos de infección localizada, antes del parto, y todos han ido seguidos de curación empleando el tratamiento antiséptico local adecuado, sin necesidad de recurrir á una intervención tan grave como la operación de Porro. En cuanto á la influencia nefasta de los desgarros vaginovulvares sobre la vida de la operada, la ciencia no cuenta más que con uno de Krönig, falleciendo la puérpara por transmisión linfática de la infección al peritoneo.

3.ª Soy pesimista al tratarse de septicemia puerperal y, como Olshaussen, me prometo mucho del tratamiento preventivo y casi nada del tratamiento curativo.

Habla de los sistemas de enseñanza de Spencer para venir á deducir que la lógica y hasta el sentido común aconsejan que lo primero que hay que hacer en todo útero infectado es limpiarlo. Las irrigaciones intrauterinas, y sobre todo el legrado, son los principales medios.

Manifiesta que ya en otra ocasión, tratando sobre el mismo asunto, expuso los fenómenos observados en úteros puerperales infectados, tales son: úteros que parece como si tuvieran dos, tres y cinco cavidades ó *como si* fuesen bi ó multilobulares (demostrándolo con una figura tomada de la obra de partos de Bumm); existen otros úteros con una anteflexión tan acentuada, que hace se retengan los exudados, coágulos sanguíneos, restos ovulares, etc., y también hay otros en los cuales, por la infiltración y reblandecimiento del músculo uterino, los haces del mismo, en su segmento inferior, se presentan á nuestra vista en forma digitada y ondulada, con elevaciones y depresiones que son causa, al encajarse recíprocamente una elevación de una cara con una depresión de la opuesta, de formarse un machihembrado que ocluye la luz de la cavidad, impidiendo la salida de los exudados hasta en aquellos úteros dronados con gasa.

Se deduce de estas variadas conformaciones internas del útero y de su volumen, cuando es asiento de una infección después del parto, que ni con los dedos ni con ninguno de los instrumentos de que disponemos para limpiar la cavidad uterina, pueda practicarse ésta en una sola intervención (presentando láminas demostrativas de este hecho, tomadas del tratado de la infección puerperal, de Pinard y Wallich); de ahí la necesidad de legrar tantas cuantas veces haga falta.

A continuación expone las ventajas del desagüe, ya con gasa, ya con el tubo grueso de cautchú; dice que él no emplea localmente ningún cáustico (glicerina creosotada, cloruro de zinc, percloruro de hierro, etc.), ni tampoco el sulfato de quinina al interior, y por último, da á conocer su estadística de 46 casos con tres defunciones, dos de las cuales cree que no le corresponden por haberse hecho cargo de las enfermas después de ser operadas y tratadas por otros médicos; otra la vió por primera vez cuando se hallaba ya en estado preagónico.

El Secretario de actas,
DR. POLO Y TREMPS.

PERIÓDICOS

Un caso de histerismo con angina falsa de pecho. — El Dr. D. Emilio Regli, publica en la *Revista Médica de Sevilla*, el caso referente á una enferma en la cual lo primero que llamó su atención, fué su facies de terror y atolondramiento, la palidez excesiva del semblante, la vacilante situación de su cerebro, el pensar indiferente, ojos hundidos como en el cólera; piel fría y cubierta de un sudor abundante y viscoso, algo de temblor en las extremidades, castañeteo de dientes y pulso frecuente, pequeño, irregular y desigual.

Tranquila la enferma, relativamente, pudo recoger el Dr. Regli del interrogatorio los siguientes datos: Su herencia era nerviosa, y su primer ataque se había iniciado hacía un año, repitiéndole con frecuencia y á intervalos variables. La escena patológica ocurría generalmente por la tarde, con bostezos, pandiculaciones, laxitud general, sensación penosa de agitación en las piernas, dolor pungitivo en la región del corazón, con sensación incómoda de constricción y plenitud de angustia y sofocación inminente, El dolor se iniciaba en la región cardíaca, irradiándose por un lado á la mitad derecha del tórax, y por otra parte hacia arriba por el borde izquierdo del esternón, mitad izquierda del cuello, mentón, mandíbula inferior y miembro torácico izquierdo, terminando la irradiación dolorosa en los dedos índice y pulgar. Durante el ataque la deglución era imposible, había afonía, sensación de bolo histérico, temblor y castañeteo de dientes, exagerados; frío intenso, coincidiendo con hormigueos y acorchamiento de las manos y calambres dolorosos en las pantorrillas.

Pasado el ataque, cuya duración era variable, se encontraba la enferma decaída, triste, melancólica y atormentada por el temor de un nuevo ataque; los eructos gaseosos, coincidiendo con el deseo irresistible de orinar y suspirar frecuente, completaban la sintomatología.

Consideró el Dr. Regli al histérico como un atáxico, con decadencia de la inervación voluntaria y predominio de la involuntaria, engendrándose de este modo una enfermedad de orden moral y psíquico, caracterizada por el predominio de las impresiones sensibles y afectivas sobre las determinaciones voluntarias y razonadas por espasmos y convulsiones paroxísticas

que ocupan á la vez el sistema espinal y el simpático y por modificaciones variables en las estabilidad de los nervios.

Siendo esta la modalidad de la histeria, se concibe fácilmente que la enfermedad sea más frecuente en la mujer que en el hombre. Esencialmente impresionable la mujer, lleva en sí misma, como dice Jaccoud, su verdadera predisposición, resultando que ante impresiones que afecten al yo sensible, siendo poco aptas para dominarlas y casi siempre impotente para prevenir las reacciones automáticas é involuntarias que provocan en ella estas excitaciones, deja subyugar muchas veces su razón y su voluntad, los dos frenos poderosos del equilibrio nervioso estable, ante impresiones sensibles y psíquicas, originándose múltiples desórdenes que afectan al sentir, al pensar, al querer, á la parte moral y psíquica, y á la armonía funcional de variados órganos de acciones voluntarias é inconscientes.

La excitabilidad anormal del sistema nervioso era el fondo patológico hereditario de la enferma objeto de esta historia.

La irritabilidad del genio de la enferma se traducía unas veces en palabras de insubordinación por conseguir el capricho que alimentara en su atáxico cerebro; muchas otras en apatía melancólica.

En el primer período de padecimiento sólo se dieron las alteraciones que afectan á la personalidad moral sensible y afectiva. La irritabilidad del genio, la movilidad no motivada del humor y de la determinaciones, la impresionabilidad exagerada, la vivacidad de las reacciones que le siguen, unido á fenómenos de un orden más material, como hormigueos y calambres en los miembros, sensacionnes ilusorias de frío y calor en las extremidades ó en el rostro, acceso de palpitaciones y de sofocación inminente, iniciaron la escena patológica.

En la enferma actual, tal higiene es irrealizable, siendo por tanto difícil obtener la curación. En estos casos, los esfuerzos del médico más entendido son con frecuencia impotentes (á pesar de los sedantes é hinópticos con que cuenta), á modificar el medio social antihigiénico, causa esencial y mantenedora del proceso morboso.

La luz azul.—En la *Revista de Ciencias Médicas*, de Barcelona, publica el Dr. Bertrán las siguientes ideas:

«De repetidos experimentos comparados resulta evidente la acción favorable de la luz azul sobre la energía y cantidad del trabajo muscular, aumentando además la resistencia á la fatiga.

Un ejercicio muscular comenzado bajo la acción de la luz azul y terminado en la obscuridad, ofrece como característica en la curva ergográfica: 1.°, una elevación marcada, y 2.°, una depresión que se inicia en el punto mismo en que se suprime la luz.

Nada parecido á los efectos de la luz azul se ha observado con la blanca ni con la luz roja.

Es de suponer que no tardará en hacerse algún ensayo terapéutico de la propiedad biológica de la luz azul, puesta en estudio por Pisani.

Hasta la fecha habíamos utilizado la propiedad calmante, analgésica y anestésica de esta luz.

En los dolores producidos por esguinces y contusiones, en los resultantes

de neuritis y neuralgias, etc., etc., se ha usado bastante la acción analgésica de la luz azul, producida por una lámpara eléctrica de 60 ó más bujías.

Todavía me sirvo del aparato, muy modesto por cierto, que hice construir hace algunos años para mis primeros ensayos. Es una especie de caja de madera negra, en cuyo interior va colocada una lámpara de incandescencia de 60 bujías, con su correspondiente reflector metálico; la pared anterior de la caja es un *chasis*, al cual se adaptan los vidrios de diversos colores, cuyos respectivos efectos se trata de estudiar. Unas veces valiéndome de este aparato con su correspondiente vidrio azul, y otras de una lámpara ó bombilla, también azul (según la conveniencia ó comodidad de la aplicación en cada caso), y montada la bombilla en un adecuado y manejable portalámparas, he tenido ocasión de experimentar los buenos resultados de estas aplicaciones de fotocromoterapia, de una técnica tan fácil y sencilla, que está al alcance de cualquier práctico.

Otras veces he empleado la lámpara Nerns, montada en un aparato especial de reflexión y difusión, cuyo gran vidrio circular se sustituye por otro azul. La única dificultad en todos estos casos, consiste en poderse procurar lámparas y vidrios *verdaderamente azules*, sin mezcla de violeta. El azul que mejor obra (por lo que he podido experimentar) es el azul de Prusia, *sencillo* ó *doble*, que puede obtenerse de una ú otra de estas dos gradaciones, ya con un solo vidrio, ya reforzando el tono de uno claro con otro claro también. Dos vidrios cobaltos superpuestos dan un tono que tiene bastante de violeta.

Como efecto analgésico, no cabe dudar que lo tiene la luz azul. Lo he experimentado en los dolores producidos por esguinces, distorsiones y golpes. El alivio subsigue, casi siempre, á la primera aplicación.

En neuralgias de las que solemos llamar reumáticas, *a frigore*, en neuritis, etc., en una palabra, como tratamiento sintomático, puédesele utilizar siempre, con la ventaja de no ser óbice para ninguna otra medicación que esté indicada, y la no menos apreciable de ser completamente inofensivo. Me ha prestado excelentes servicios, hasta en neuralgias del trigémino, antiguas y rebeldes, á muchos otros tratamientos.

Es notable su acción sedante y resolutiva en las orquitis, y con la luz azul he conseguido á veces lo que no se había podido obtener de otro tópico alguno, sobre todo en orquitis traumáticas (por compresión ó por contusión).

Lo he ensayado en algún caso de prurigo nervioso (no senil), y no he quedado descontento del efecto obtenido, aunque en ciertos enfermos haya sido solamente transitorio. Al fin, siempre es una ventaja el conseguir unas cuantas horas de reposo. Empero, en los prurigos rebeldes se obtienen mejores y más duraderos resultados del efluvio de las altas frecuencias.

Las sesiones de luz azul han de ser bastante largas; casi siempre se requieren exposiciones de veinte, treinta, treinta y cinco ó cuarenta minutos. Alguna vez he llegado á exposiciones de una hora.

Como anestésico no me ha sido dable comprobar más que cierto grado de *anestesia local*, que acaso no toleraría más que traumatismos quirúrgicos ligeros, y que no se prolongasen ó repitiesen mucho. Me ha parecido

que la anestesia era superficial. No hago sino consignar lo que he podido observar y comprobar por mí mismo.

Sin embargo, dos profesores de Ginebra, los Dres. Emery y Redard, parece que han hecho, y siguen haciendo, estudios y experimentos para emplear la acción de la luz azul como anestésico quirúrgico. Según afirman, bajo la acción de dicha luz, producida por una lámpara eléctrica de 60 bujías y empleada en un aposento obscuro, han llegado á practicar algunas operaciones de cirugía, haciéndolas enteramente indoloras». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 14 de Junio de 1905.

Luxaciones recidivantes del hombro.—El Dr. *Legueu* dijo que en una luxación recidivante del hombro en un sifilítico de diecisiete años, en el que se reproducía la luxación á cada crisis, principió la operación incindiendo la cápsula articular, con objeto de averiguar si además del ensanchamiento de ésta había alguna otra lesión que pudiera explicar estas recidivas continuas de la luxación. No había lesión alguna de la cabeza humeral, pero sí un arrancamiento del borde glenoideo que podía explicar las recidivas. El Dr. Legueu se limitó á practicar la capsulorrafia en tres planos con crin de Florencia; pocos meses después, hubo nueva recidiva de la luxación. Parece, por lo tanto, difícil en ciertos casos obtener la curación definitiva en estas luxaciones recidivantes del hombro, á pesar de la reducción y capsulorrafia perfectas.

El Dr. *Picqué* señaló la importancia, en el caso del Dr. Legueu, de una escotadura en el borde glenoideo, escotadura que la mayor parte de los autores consideran como constante en casi todos los casos de luxación recidivante.

El Dr. *Broca* cree, por el contrario, que esta escotadura, aunque sea constante, no puede por sí sola explicar la recidiva; la condición *sine qua non* de ésta es una relajación de la cápsula articular, suficiente para poder alojar la cápsula.

No ha llamado la atención la frecuencia y el valor etiológico del arrancamiento del borde glenoideo, con desprendimiento más ó menos extenso del periostio inmediato, más que cuando se practica sistemáticamente en todos los casos de luxación recidivante del hombro la incisión exploradora de la cápsula anterior, como ha hecho el Dr. Legueu. Se comprende, por otra parte, que en los casos en que se ha comprobado este arrancamiento

del borde glenoideo, la capsulorrafia sea insuficiente por sí sola para prevenir las recidivas y que haya necesidad de reconstituir dicho borde; pero semejante reconstitución parece en práctica muy difícil, si no imposible, de realizar.

El Dr. *Delorme* dijo que antes de que se pensara tratar quirúrgicamente las luxaciones recidivantes del hombro, tuvo ocasión de tratar una luxación de este género, que recayó en un oficial de caballería. Obtuvo un resultado excelente aplicando un aparato protéico, formado en su esencia por vendas y tirantes de tejido elástico, destinados á limitar los movimientos de abducción del brazo; la luxación no se reproduce mientras este individuo tiene colocado su aparato.

El Dr. *Nélaton*, que ha padecido una luxación recidivante del hombro, manifestó que emplea un procedimiento mucho más sencillo para limitar la abducción del brazo; se limita a mandar hacer en todos sus trajes una manga adherente, en una extensión de varios centímetros, por su parte superior é interna.

El Dr. *Routier* dijo que había empleado el mismo medio con igual resultado en uno de sus enfermos.

El Dr. *Tuffier* cree que al lado de estas variedades de luxación recidivante, que reconocen por causa una distensión particular de la cápsula ó un arrancamiento del borde glenoideo; hay otras en las que es necesario invocar la pérdida ó la disminución de tonicidad muscular, dependiente de la atrofia más ó menos extensa que experimentan los músculos periarticulares á consecuencia de la primera luxación.

Conservación de los ovarios y del útero en las operaciones por anexitis. — El Dr. *Legueu* dijo que sólo iba á ocuparse de la influencia que estas operaciones ejercen sobre la salud ulterior de la mujer.

Cuando se opera una mujer por salpingitis doble, ¿conviene suprimir ó conservar con el útero uno ó los dos ovarios?

En once años no ha tenido ocasión de practicar en estas condiciones más que once veces la conservación del útero y de uno ó los dos ovarios, después de la supresión de las trompas; todas sus enfermas curaron.

En las mujeres que ha vuelto á ver, ha observado los resultados siguientes:

La menstruación ha persistido con regularidad.

El estado general ha seguido siendo bueno, y los trastornos producidos en otras enfermas por la menopausia precoz no se presentaron y fueron insignificantes.

En cambio, en otras mujeres los trastornos locales continuaron ó se reprodujeron; los dolores persistieron en el lado en que se conservó el ovario; volvieron á presentarse hemorragias abundantísimas; una de estas enfermas tuvo un cáncer en la matriz. En algunas fué preciso proceder á una nueva operación.

Deduce de estos hechos, que aunque la conservación es en principio legítima, conviene reflexionar bien antes de conservar un órgano que está muchas veces alterado, y cuyas lesiones pueden exigir después una nueva operación.

El Dr. *Routier* dijo que muchas veces en las intervenciones por anexitis

de las enfermas jóvenes, había conservado el útero con los ovarios, extirpando únicamente las trompas. El resultado final de estas operaciones fué siempre detestable; después de más ó menos tiempo, los dolores y las hemorragias se reprodujeron.

En realidad, en cuestión de anexitis es preciso ser, según los casos, ó conservador en absoluto y limitarse al tratamiento médico, ó radical por completo, y proceder á la extirpación total de los órganos enfermos, trompas, ovarios y útero.

El Dr. *Championnière*, indicó que hace mucho tiempo que practica estas operaciones con resultados muy variables, porque ha sido siempre partidario de la conservación del ovario y del útero en las mujeres jóvenes, cuando no hay necesidad absoluta de extirparlos.

Hematoma de la bolsa serosa bicipital en vías de transformación quística.—El Dr. *Rieffel* refirió un caso de una lesión, de la que hasta ahora no ha visto referido ejemplo alguno. Esta lesión, que sobrevino, al parecer, espontáneamente, es decir, sin traumatismo previo, en un hombre de cuarenta y un años—el cual, por sus trabajos profesionales, exponía á reacciones reflejas violentas de parte de su biceps braquial — estaba representada por un tumorcillo del volumen de una nuez, que iba acompañado de dolores espontáneos, y sobre todo de trastornos funcionales, tales como dificultad de la flexión y de la supinación, limitación ligera de la extensión é imposibilidad de la pronación completa.

La extirpación fué fácil y la restauración funcional completa.

(*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 24 de Mayo de 1905.

Fenómenos dolorosos provocados por los rayos X.—El Dr. Danlos: Los rayos X ejercen indudablemente una acción sedativa, en particular en el curso del tratamiento radioterápico del cáncer de la mama, acción que es muy constante para que se pueda atribuir á la sugestión. Sin embargo, se observa algunas veces una acción inversa y en lugar de calmar los dolores, los rayos X los provocan directamente. Este resultado es, por lo demás, muy raro, puesto que no le he observado más que en cuatro casos de un total de unos 300 enfermos que he tenido ocasión de someter al tratamiento radioterápico. En la primera de estas observaciones, se trataba de una mujer de edad con un cáncer desarrollado sobre una placa de lupus; á medida que el tumor canceroso regresaba, bajo la influencia de los rayos X, la enferma sentía dolores cada vez más intensos que impedían el sueño y la masticación; sucumbió al cabo de seis semanas, y no dudo que la muerte, en este caso, fué acelerada por la violencia de los dolores. En el segundo caso, se trataba de un cancroide que no había ido acompañado de fenómenos dolorosos hasta el momento en que se comenzó el tratamiento radioterápico; al cabo de algunas sesiones, aparecieron dolores lancinantes bastante in-

tensos para impedir el sueño. A pesar de ello, se continuó el tratamiento y al cabo de dos meses se consiguió la desaparición completa del cancroide. En las otras dos observaciones, se trataba de cancroides superficiales y extensos y en estos enfermos, bajo la influencia de los rayos X, y sin haber radiodermitis, aparecieron dolores tan intensos que en muchas ocasiones tuve que interrumpir el tratamiento, á pesar de su efecto favorable sobre el cancroide. Creo que estos dolores son debidos á neuritis, puesto que he tenido ocasión de observar un caso de escirro de la mama, en el cual la radiodermitis ha sido sustituída una vez por un zona de los más típicos, y bien conocidas son las relaciones que existen entre el zona y la neuritis.

CODINA CASTELLVÍ.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 20 de Junio de 1905.

Hipotiroidia ó distrofia ovárica.—El Dr. *Tollemer* presentó una niña de siete años, cuya talla correspondía á la de una criatura de dos; era además obesa; su dentición estaba muy retrasada; la radiografía demostró que las epífisis estaban perfectamente desarrolladas: el desarrollo de la inteligencia era bastante bueno, puesto que la niña sabía leer y escribir. No había mixœdema en el sentido semeiológico de la palabra; la piel era flexible, aunque estaba sobrecargada de grasa y el desarrollo del cabello era perfecto. Sin embargo, debía existir un trastorno funcional del cuerpo tiroides, porque no se le pudo descubrir á la palpación y el tratamiento tiroideo hizo disminuir la obesidad, aumentó la estatura y favoreció la salida de varios dientes.

El Dr. VARIOT: Esta niña no tiene el aspecto de los mixœdematosos; su inteligencia está bien desarrollada; las radiografías no revelan los trastornos de la osificación constantes en los mixœdematosos. Se asemeja más á los que padecen distrofia testicular ú ovárica, y creo que los ovarios de esta niña no funcionan bien. Voy á presentaros un niño criptorquídico, idiota, cuyo desarrollo corporal es deficiente. No es mixœdematoso ni obeso. He principiado á emplear el extracto testicular, al parecer con éxito. Pueden esperarse buenos resultados conduciendo los testículos á las bolsas.

El Dr. BROCA: El tratamiento operatorio de la criptorquidia, rara vez mejora el estado corporal de los que padecen insuficiencia testicular.

El Dr. APERT: El aspecto general de la niña presentada por el doctor Tollemer, revela la existencia de una distrofia tiroides más bien que orquídea. La suspensión del crecimiento y de la dentición dependen, en efecto, de la insuficiencia del cuerpo tiroides; son la regla en los atiroideos; en cambio, los jóvenes privados de sus órganos genitales, siguen desarrollándose y hasta su estatura llega á ser superior á la normal por alargamiento de los miembros; los eunucos son una prueba de ello. La falta de mixœdema cutáneo y la conservación de la inteligencia no debe sorpren-

der desde que el Dr. Thibierge ha enseñado á distinguir los mixœdemas frustrados á veces mucho menos acentuados que en el caso presente. La criptorquídia no es contraria á esta idea, porque se observa con frecuencia en los mixœdematosos; es en muchos casos secundaria al mixœdema, puesto que cura á la vez que él por el tratamiento tiroideo. La mejoría notable obtenida por el Dr. Tollemer con la administración del extracto tiroideo es, por lo demás, la demostración más evidente del estado distiroideo de su enfermo.

El Dr. Comby: El idiotismo evidente del enfermo del Dr. Variot, la oblicuidad de los párpados, el estado de abotagamiento de las manos, las grietas de la lengua y toda la conformación del sujeto, le clasifican en la forma morbosa descrita en Alemania con el nombre de idiotismo mogoloide. No es un distiroideo ni un distorquídeo, es un mogoloide.

El Dr. Guinon: Este niño representa, en efecto, el tipo descrito con el nombre de idiotismo mogoloide; pero yo creo que esta afección se halla relacionada con la insuficiencia tiroidea y que es sólo una variedad de mixœdema.

El Dr. Tollemer: Me inclino más á considerar mi enferma como afectada de distrofia tiroidea que de distrofia ovárica. He tenido ocasión de tratar por el extracto tiroideo varios niños afectados de criptorquidia, y he visto en varias ocasiones los testículos descender en las bolsas después de varios meses de tratamiento, conforme á los resultados referidos aquí hace varios años por el Dr. Apert.

Gangrena de las fáuces.—Los Dres. *Degny* y *Le Play*, refirieron el caso de un niño tuberculoso, el cual, á consecuencia del sarampión, padeció gangrena y ulceración de la faringe, que invadieron el vestíbulo laríngeo y ocasionaron la asfixia; se hizo en vano una tentativa de intubación. Al hacer la autopsia se encontró ulceración gangrenosa de la faringe y de la parte supraglótica de la laringe. El examen bacteriológico reveló una flora anaerobia abundantísima en espirilos, bacilos y cocos, y el examen histológico lesiones intensas de arteritis.

Enfermedad de Roger.—Los Dres. *Degny* y *Le Play* presentaron un corazón con perforación ventricular mínima oculta por la tricúspide. El enfermo no presentó en vida cianosis ni síntoma cardíaco alguno, pero se oía un soplo sistólico fuerte. El niño era heredosifilítico. Es un tipo de enfermedad de Roger.

El Dr. Variot: Por regla general la cianosis falta en la enfermedad de Roger; he observado, sin embargo, crisis pasajeras de cianosis cuando el corazón principia á debilitarse.

El Dr. Marfan: He observado durante tres años á una niña idiota, en la que se oía un soplo de perforación ventricular; jamás tuvo cianosis al principio y murió tuberculosa. La cianosis aparecía después á los esfuerzos de defecación ó cuando se excitaba. El fenómeno puede explicarse del modo siguiente: mientras la circulación pulmonar se efectuaba con regularidad la presión era mayor en el ventrículo izquierdo que en el derecho; el soplo era debido al paso de la sangre roja al ventrículo derecho; no pasaba sangre negra al ventrículo izquierdo; al extenderse las lesiones pulmonares la presión aumentó en el ventrículo derecho trastornándose la circulación

de los pulmones. Es un fenómeno análogo al que Bard ha descrito en la inoclusión de Botal con el nombre de cianosis tardía.

Intubación prolongada. — Los Dres. *Degny* y *Le Play* refirieron varios casos, en los que la intubación pudo prolongarse bastante tiempo á pesar de existir ulceraciones laríngeas reveladas por las manchas de los tubos. En un caso la intubación se practicó once veces, permaneciendo aplicado el tubo en total veinte días. Si la intubación no hubiera sido tan prolongada hubiese sido preciso practicar la traqueotomía; esta práctica evita á los niños los peligros de semejante operación y las molestias de la herida y de la cicatriz traqueal.

El Dr. *Sevestre* dijo que practica la traqueotomía cuando subsiste el tiro después de la tercera ó cuarta intubación. Ha observado que la intubación prolongada suele tener inconvenientes y cree que el Dr. Degny ha tropezado con una serie feliz.

Vegetaciones adenoideas de los niños de pecho.—El Dr. *Variot* leyó un trabajo acerca de este asunto. Las vegetaciones adenoideas pueden manifestarse desde los primeros meses de la vida y á veces se observan al nacimiento. Dificultan las mamadas é impiden el aumento normal del peso. Después de la ablación la curva de peso se lleva con rapidez.

Atetosis doble familiar.—Los Dres. *J. Renault* y *Halleron* presentaron dos hermanas de cinco años y medio y otra de veinte meses afectadas de atetosis doble. Es excepcional por completo encontrar varios miembros de la misma familia que presenten este síndrome. El padre de estas niñas, es un alcohólico profundamente intoxicado. Los dos partos fueron laboriosos y el período de expulsión prolongado. El desarrollo intelectual fué defectuoso y las niñas tenían movimientos constantes.

La mayor no sabe hablar; es imposible hacerla andar. En la cabeza, el tronco y los miembros se observan movimientos, unas veces extensos y otras limitados, que son el carácter de la atetosis. No hay páralisis ni deformación alguna. La niña más joven presenta síntomas calcados en los de la mayor, pero menos intensos.

Desde hace poco tiempo hay cierta mejoría, que se revela á la vez por el desarrollo de la inteligencia y por la disminución de los movimientos.

Sífilis de las fáuces y del pulmón. — El Dr. *Terrier* refirió el caso de un niño que padecía reblandecimiento pulmonar con ulceración faríngea que podía considerarse como tuberculosa. El tratamiento antisifilítico curó á la vez la ulceración de la faringe y las lesiones pulmonares, demostrando así que se trataba de sífilis.

Propiedades antieméticas del citrato de sosa. — El Dr. Variot: He importado en Francia el uso del citrato de sosa en disolución al 5 por 300, recomendado por los médicos ingleses como eupéptico en los trastornos digestivos de los niños de pecho, á la dosis de una cucharada de café antes de cada mamada. Tardé poco en comprender que el medicamento posee propiedades antieméticas más que eupépticas. Wright, que fué el primero que recomendó su empleo, se fundó en razonamientos teóricos; pretendía que el citrato de sosa precipita una parte de las sales de cal de la leche de vacas, á la manera de los oxalatos, y hace, por lo tanto, el coágulo menos compacto y fácil de peptonizar. Mis experimentos prueban, por el contra-

rio, que el citrato de sosa es, en la leche, un buen disolvente de las sales de cal. La teoría de la acción eupéptica del citrato de sosa falsea por su base y, en efecto, sólo posee propiedades antieméticas.

Me pregunto si la poción antiemética de Rivièro obra por el ácido carbónico, que desprende, ó por el citrato de potasa, que forma en el estómago la mezcla de la disolución de ácido cítrico y la de carbonato de potasa.

(*Le Bull. Medical*). — F. Toledo.

XXIV CONGRESO ALEMÁN DE CIRUGÍA

Celebrado en Berlín los días 26 al 30 de Abril de 1905.

La hiperemia por estancación en las enfermedades agudas.—El Dr. *Bier*, de Bona, describe su procedimiento encaminado á tratar las enfermedades quirúrgicas inflamatorias y agudas de la manera más suave y menos dolorosa posible, evitando grandes intervenciones quirúrgicas. En la clínica de v. Bergmann ha tratado algunos casos, aunque faltaban los que mejor se prestan al procedimiento, v. gr., la mastitis y los forúnculos. Para las inflamaciones localizadas en el tronco utiliza aparatos de succión, que presenta.

En la mastitis purulenta, para que el procedimiento sea menos doloroso, se hace la succión con una pera de goma, después de haber empleado un sacaleches. Las ventosas se aplican cinco minutos y en conjunto tres cuartos de hora al día. Si hay abscesos, basta con una punción pequeña practicada en medio del spray. La curación se efectúa sin cicatriz. Si con el empleo de ventosas se presentan abscesos, se incindirán con un corte pequeño. La succión calma rápidamente los dolores.

Para tratar el forúnculo, se emplea la ventosa; de este modo se extrae rápidamente el tapón. Si existe una escama, se quita previamente, pero no se hace más que un pinchacito. En unos cinco días se cura el proceso.

Carbunclo.—Tampoco en este caso se practicarán grandes incisiones. Seis carbunclos acribillados de agujeros curaron con bastante rapidez. En el carbunclo de la cara se emplea un aparato muy delicado. El autor presenta un caso de carbunclo de la región meñtoniana, que ya está reblandecido, y otro de inflamación purulenta de la axila, que se ha abierto por medio de cataplasmas; en este caso ha habido grandes hemorragias. En estos casos, el aparato es difícil de aplicar; el autor utiliza una ventosa pequeña, cuyo borde unta con grasa, y hace notar que con el tratamiento no deben ocasionarse incomodidades ni dolores. En el caso de carbunclo se hizo una incisión pequeña, y ahora ya ha mejorado el enfermo por medio de la aspiración.

Linfangitis en el antebrazo y en el dorso de la mano. — A las catorce horas de hiperemia por estancación, obtenida mediante la aplicación de una venda, ha desaparecido casi por completo. Cuando se pone la venda, se presenta rápidamente un edema agudo violento y aumenta la inflamación, pero no los dolores. Dicha inflamación es una reacción curativa de la na-

turaleza contra los principios tóxicos que han penetrado en el organismo. La estancación se obtiene colocando una venda de goma, y como hay que vigilarla mucho, exige un personal adiestrado, por cuya razón debe ser dirigido el procedimiento por el médico del hospital, con personal de toda confianza; un médico poco práctico en el procedimiento no debe emplearlo de buenas á primeras en casos graves, v. gr., en flemones. La venda debe permanecer colocada por lo menos diez horas, si puede ser veintidos, después de haberla colocado durante este tiempo una vez más arriba.

El autor presenta también un caso de inflamación de la mano con formación de vesículas y rubicundez, que llega hasta el brazo. A las catorce horas de puesta la venda, mejoría notable; cuando la piel es fina, debajo de la venda de goma se pondrá otra de organdi.

Supuración de las falanges primera y segunda del dedo medio, tratada desde hace diez días y ahora desaparecida por completo. — En estas inflamaciones supuradas la incisión no se debe hacer sobre la articulación, porque de hacerlo así se dificulta mucho la curación. También conviene que se hagan movimientos con la articulación para evitar que se presenten rigideces.

Flemón de la vaina del tendón del pulgar consecutivo á una lesión con astillas de algún cuerpo extraño. — No se debe colocar un tapón, porque un cuerpo extraño nunca es bien tolerado por una herida.

Balazo de la mano sufrido hace cinco días; secreción de un pus tenue y sanguinolento, en el que se han encontrado estreptococos. — Gracias á una incisión pequeña se pudo extraer la bala; después se empleó la hiperemia por estancación, y en la actualidad se observa una mejoría notable.

Modo de emplear el procedimiento en la articulación del hombro. — Acolchado con un manguito de fieltro, envoltura del cuello con un paño doblado, forrar el tubo constrictor é intercalar pausas frecuentes para evitar la úlcera por compresión; esto no obstante, la estancación se sostendrá por lo menos diez horas.

Panadizo de vainas tendinosas. — Incisiones muy pequeñas; desde hace dos días mejoría considerable.

Panadizo de los huesos y articulaciones del dedo medio de cuatro semanas de fecha. — Después de quitados los tapones que se habían colocado, se empleó la hiperemia por estancación; mejoría. Sin embargo, en un caso tan adelantado como éste, no se puede prescindir de la compresión de la articulación.

Supuración del oído medio. — Niño pequeño, de cuello corto y, por lo tanto, poco apropósito para este tratamiento. En estos casos, para obtener la hiperemia por estancación, se emplea una venda de goma y algodón de 1 á 2 centímetros de ancho, según la edad, y de una longitud algo menor que el perímetro del cuello. Esta venda tiene en un extremo una asa y en el otro un gancho; por debajo se colocan una venda de organdi y fieltro. Este procedimiento da también excelente resultado en la mastoiditis, como ha tenido ocasión de comprobarlo el autor en sí mismo. Se presentan una ligera cianosis de la cara y edema. La venda se deja puesta veintidos horas y en los niños de piel fina no menos de diez.

El autor ha tratado 18 casos de mastitis, que se curaron por completo en unas tres semanas; 120 forúnculos, que se curaron en cinco días: 6 car-

bunclos, que se curaron en algunas semanas; 18 casos de mastoiditis, de los cuales se curaron por completo 12; en 3 casos se trataba de colesteatomas, en 1 de secuestro, en 2 casos, como el tratamiento duró poco tiempo, persistió la supuración. También se curaron 2 casos de dacriocistitis.

En centenares de casos de inflamación aguda que ha tratado con el procedimiento referido, nunca ha tenido que lamentar el menor percance como consecuencia del mismo. (La discusión se aplaza hasta la terminación del Congreso).

Aplicación local de la antitoxina tetánica; curación. — El Dr. Küster (de Marburgo): Meyer ha deducido de los experimentos realizados que el veneno tetánico camina exclusivamente por los cilindros-ejes hasta los centros nerviosos, y que, por lo tanto, aplicando la antitoxina á las vías nerviosas, se evitará que el veneno pueda pasar á dichos centros.

Un individuo de treinta y siete años había contraído dos veces el tétanos á consecuencia de haber aspirado polvo que contenía virus tetánico, pero había vencido la infección gracias á las inyecciones subcutáneas de antitoxina.

En 1902, al romperse una vasija de vidrio que contenía un cultivo muy virulento de bacilo tetánico, se hirió la mano derecha, contaminándose la herida con dicho líquido. Se procedió en el acto á desinfectar la herida y á practicar una inyección subcutánea de antitoxina. A los seis días aparecieron dolores en el brazo derecho y tétanos en el mismo y en el cuello, con molestias en la deglución; el dolor aumento rápidamente. Nueva inyección subcutánea de antitoxina, pero sin ningún resultado, por lo cual trajeron el enfermo á la clínica quirúrgica.

El autor, recordando las ideas de Meyer, pone al descubierto los nervios de la axila derecha, los aisla é inyecta la antitoxina en el tronco nervioso hasta producir la hinchazón de éste. Previa incisión supraclavicular, practica otra inyección en los nervios cervicales. A la mañana siguiente había cedido mucho la contracción de los músculos, y á las dos horas no quedaba más que una indicación de la misma en los masticadores, indicación que, lo mismo que los dolores, habían desaparecido por completo al día siguiente. Pocos días después se presentaron dolores sin rigidez en el brazo derecho, á consecuencia de una miositis que duró mucho tiempo; la excitabilidad eléctrica de dichos músculos era normal.

Se ha tratado, por lo tanto, de un caso típico de tétanos local con un período de incubación de seis días; de un tétanos doloroso, que si fué rebelde á la inyección profiláctica de antitoxina y también á la terapéutica subcutánea, cedió en cambio á las doce horas de inyectada la antitoxina en los troncos nerviosos. Con esta inyección se cerró sin duda el paso al trasporte del veneno á los centros nerviosos.

En vista de este caso, cree Küster que con este procedimiento terapéutico habrán de mejorar mucho los resultados que se obtienen en el tétanos. Según Rose, la mortalidad de esta dolencia es de 88 por 100; según Ulrich, con inyecciones subcutáneas de antitoxina practicadas á tiempo, se salvan el 72 por 100; pero si se dejan pasar treinta horas después de comenzada la enfermedad, no se salvan más que el 45 por 100. En lo sucesivo convendrá destruir el veneno en la herida, cauterizando ésta ó practicando la succión

por el método de Bier, y proceder seguidamente é inyectar antitoxina en los troncos nerviosos para que no pueda pasar por éstos el virus. El único peligro de este método parece consistir en un trastorno funcional (miositis). Pero ésta se ha observado también sin que se hubiesen practicado inyecciones y, por otra parte, es un mal menor comparado con el peligro que corren estos enfermos.

A una pregunta hecha por el Dr. König, contesta el orador que los síntomas que presentó el enfermo fueron trismo incipiente, molestias en la deglución y rigidez de los músculos del brazo y del cuello.

El Dr. *Hertle* (de Graz) refiere que el 10 de septiembre último ingresó en la Clínica un sujeto que acababa de presentar síntomas tetánicos. El autor extirpó la herida y practicó una inyección subcutánea de antitoxina y otra local en los troncos nerviosos. Ya existían por entonces trismo y tensión dura de las cubiertas abdominales y de las extremidades inferiores. En los días siguientes e enfermo mejoró muchísimo, pero al sexto día se agravó de pronto, y á las pocas horas sobrevino la muerte por tétanos de los músculos respiratorios. En opinión del autor, la inyección de antitoxina en los nervios no puede impedir que el veneno obre sobre los centros, porque la antitoxina no sigue una vía centrípeta, pero se puede impedir que pase nueva cantidad de veneno, por cuanto la antitoxina destruye el que camina hacia el centro; sólo que, según parece, la traba se va destruyendo poco á poco por nueva corriente de veneno que gasta ó consume la antitoxina, y á causa de esto la enfermedad sigue su marcha progresiva. Según esto, convendría repetir la aplicación local de la antitoxina en los troncos nerviosos.

El Dr. *Braun* (de Gotinga) hace observar que en la mayoría de los casos que se nos presentan, se trata de ataques intensos y de carácter general. ¿Cómo se deben tratar estos casos? ¿Cabe alguna esperanza en estas circunstancias?

El Dr. *Küster* contesta que en los casos de intoxicación avanzada no sirven ni la inyección subcutánea de antitoxina, ni tampoco la inyección en os nervios. Pero esta ú ma parece prometer una mejoría segura si se practica tan pronto como se inician los primeros síntomas.

El Dr. *Kocher* manifiesta haber tratado sin éxito un caso que se hallaba en estas condiciones. Acaso preste servicios la inyección si la toxina se encuentra todavía en los nervios. De la traba puesta al paso de nuevas cantidades de virus, se promete muy poco. Quizá lo más conveniente para los pacientes sería no hacerles nada.

El Dr. *König* dice que ha visto curarse una serie de casos sin necesidad de antitoxina. Después aumentó la mortalidad por causas que ignora.

Abscesos renales y perirrenales consecutivos á forúnculos y á otras lesiones análogas. — El Dr. *Jordan* (de Heidelberg) dice haber observado 12 casos de esta naturaleza. Son afecciones típicas y bien caracterizadas. En contraposición á los casos de abscesos múltiples consecutivos á infecciones, se trata en el caso presente de una infección hematógena con localización exclusivamente renal y casi siempre unilateral. El autor no vió más que un caso de lesión bilateral, y aun la del riñón izquierdo fué inflamatoria, no purulenta, y con el tiempo retrogradó por completo. La afección no tiene

ninguna relación con la pelvis renal; la orina siempre está normal. En un caso la afección era intrarrenal; en otro perirrenal; en seis casos el absceso radicaba en la cara anterior del riñón. En la mayoría de los casos no había más que un solo absceso; en un caso había focos múltiples. Siempre se descubrió la puerta de entrada de la infección; en cinco casos eran forúnculos; en los demás inflamaciones superficiales, panadizos ú orquitis. El período de incubación osciló entre una y cuatro semanas. La localización tardó en precisarse casi siempre unos catorce días. La causa de que la afección pase inadvertida en muchos casos, consiste en que destacan mucho los síntomas generales y la fiebre, continua al principio, y después remitente. En las primeras semanas no se aprecian síntomas locales; más tarde se descubre un dolor á la presión debajo de la duodécima costilla y aumento de resistencia en la región lumbar.

El diagnóstico, en el primer período, es asegurado por el descubrimiento de una puerta de entrada, por el dolor á la presión debajo de la duodécima costilla y por la comprobación del aumento de volumen del riñón. El pronóstico es favorable cuando se establece á tiempo el diagnóstico.

La terapéutica parece que debiera consistir en esperar á la formación del absceso perirrenal para intervenir entonces, pero si se aguarda tanto, la fiebre alta y persistente, los dolores intensos, las metastasis secundarias, la nefritis tóxica y el quebrantamiento de fuerzas pueden poner en peligro la vida del enfermo. Por eso es preferible poner el riñón al descubierto y abrir el absceso; con este tratamiento retrogradan rápidamente los fenómenos generales y se cura el proceso por completo en cuatro á seis semanas. A veces se presenta una fiebre post operatoria, pero ésta no perturba el proceso curativo. Si practicada la nefrotomía vemos que existen en el riñón abscesos múltiples, debe hacerse la nefrectomía que el autor ha practicado por este motivo en 8 casos.

En resumen, los abscesos intrarrenales consecutivos á una infección hematógena no son ningún hecho raro; el diagnóstico pronto se establece demostrando la puerta de entrada, el dolor á la presión debajo de la costilla del lado respectivo y el aumento de volumen del riñón; como tratamiento se aconseja operar lo más pronto posible.

El Dr. *Jaime Israel*, de Berlín, hace notar que el diagnóstico precoz es difícil de establecer y que los tres signos diagnósticos que ha mencionado Jordan dan muy poca seguridad si no se tiene el dato de la composición de la orina. El autor ha comprobado en tres de estos casos la presencia de glóbulos rojos en la orina. También pueden servir de puerta de entrada las erosiones de la mucosa nasal.

El Dr. *Riedel*, de Jena, se muestra de acuerdo con Israel. Aunque ha visto abscesos perinefríticos y retronefríticos consecutivos á foquitos purulentos periféricos, estos casos son rarísimos, pero dado el tratamiento conservador que hoy se aconseja en los forúnculos, es de creer que se recoja pronto un material abundante en este concepto.

El Dr. *Schnitzler*, de Viena, dice haber observado abscesos renales á consecuencia de lesiones cutáneas muy ligeras, como las que se producen en la espalda al cargar con pesos. En los conejos se producen con la inyección de muy pocos estreptococos.

La autolisis como factor curative en cirugía. — El Dr. *Heile*, de Breslavia, recuerda que los leucocitos son los portadores del fermento que abandonan en los sitios amenazados, para lograr la curación; si se consigue acumular los leucocitos en dichos sitios quizá se vigorizarían las fuerzas curativas del organismo. Con este objeto practicó experimentos en animales, inyectándoles determinadas substancias, tales como suspensiones de aleuronato, ó bien por medio de los rayos X. Con estos procedimientos los leucocitos se acumulan y á la vez se destruyen, quedando el fermento en libertad. En esto se funda también la virtud curativa de los rayos X en la leucemia. Y también se explican así los efectos de la estancación de Bier en los procesos inflamatorios; sin duda modifica favorablemente el metabolismo nutritivo.

Efectos de los rayos X sobre la médula ósea.—El Dr. *Heinecke*, de Leipzig, dice que de los experimentos hechos en animales, resulta que los rayos X destruyen con gran energía las células de la médula ósea. Por excepción producen una mejoría objetivamente demostrable de la leucemia y hasta una mejoría notable de las molestias subjetivas. Pero hasta la fecha no se ha conseguido una curación de la leucemia por medio de los rayos X, puesto que la sangre sigue conteniendo células de carácter patológico; sobrevienen recidivas y es frecuente que estas acarreen rápidamente la muerte.

La experimentación ha demostrado igualmente que las modificaciones de las células que producen los rayos X desaparecen rápidamente. Así se observó, v. gr., en la médula ósea de conejos que se sometieron á varias sesiones de rayos X. Las primeras alteraciones se presentaron á las tres ó cuatro primeras horas; se ven entonces numerosos residuos de la destrucción de núcleos; el punto culminante de esta acción se hace manifiesto al cabo de diez á doce horas. Al poco tiempo aumentan en cantidad dichos residuos y lo mismo los leucocitos de origen mielógeno; al 5.° ó 6.° día las células medulares se han destruído en su totalidad.

Si ahora se abandona el animal á su suerte, la regeneración de las células cebadas se verifica en unos cuantos días, y una vez terminada, á las dos y media á tres semanas recobra la médula ósea su normalidad. En los animales que murieron á los catorce ó dieciseis días de exposición á los rayos X, se encontraron numerosas mitosis, células gigantes, células cebadas, etc. Con sesiones diarias, pero de corta duración, no se modifica el resultado en lo más mínimo ni se impide el nuevo crecimiento de las células; además, el empleo de los rayos X tiene su límite en los peligros á que expone la piel.

Las células medulares destruídas se regeneran rápidamente en la leucemia; sólo se destruyen las células medulares y linfoideas que se han producido en exceso; pero como no se hace desaparecer la causa fundamental, de aquí que siempre sobrevienen recidivas.

Según esto, la radioterapia no es un medio curativo, sino simplemente paliativo, aunque muy útil en este concepto.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. del Valle.

(Continuará).

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 21 de Junio de 1905.

Estrechez esofágica. — El Dr. *Ewald* presenta una señora que tiene una estrechez muy acentuada del esófago á consecuencia de haber bebido legía por equivocación. Cuando el autor vió á la enferma hace catorce días estaba muy decaída y era imposible hacer pasar la sonda más fina por la estrechez, que venía á estar colocada de 14 á 14 $^1/_2$ centímetros por detrás de la fila de dientes. Por medio del esofagoscopio se vió que el esófago estaba obstruído por una membrana de color rojo claro. Pero como la enferma aún podía tragar pequeñas cantidades de líquido, era indudable que existía un paso, aunque pequeño, por lo cual, y con el objeto de evitar la grave operación del cateterismo retrógrado, que tampoco conduce siempre al fin propuesto, propuso el autor á la enferma intentar el cateterismo diario. Al fin se consiguió el día 12 encontrar el calibre del esófago por medio de una sonda fina de ballena conducida con auxilio del tubo esofagoscópico. Ahora ya se consigue hacer pasar una sonda de ballena de 3 á 4 milímetros de grueso, manteniendo pendiente la cabeza para que se enderece el esófago. Las sondas blandas son inútiles, porque se doblan. Bajo la inspección visual no se puede operar con la sonda por el esofagoscopio, porque éste oculta el calibre; el autor lo que ha hecho es deslizar la sonda á lo largo de la pared del esofagoscopio.

Neurosis tróficas vasomotoras. — El Dr. *Mosse* presenta los dos casos siguientes de la clínica de Senator:

Una mujer de cuarenta y ocho años venía observando desde hace mucho tiempo que estaba enferma en cama, que los dedos de las manos estaban fríos y dolorosos. Los dedos no están aumentados de volumen pero sí fríos y azulados; no existe ningún trastorno de sensibilidad. Catarro de ambos vértices pulmonares; ninguna anomalía del sistema nervioso; los síntomas persisten sin alteración desde hace mucho tiempo.

Mujer de treinta y nueve años. Después de haber dado á luz un feto muerto y putrefacto, se presentaron congestión y engrosamiento en determinadas partes de la vecindad de la boca, de los ojos, de la nariz y del pecho; las manos están engrosadas, y su piel rígida y fría. Los huesos de la mano derecha aparecen atrofiados en la imagen radiográfica; edema doloroso en varias articulaciones; ninguna alteración de la sensibilidad. Diagnóstico: esclerodermia. El examen de la sangre reveló en ambas enfermas menor proporción de eritrocitos en la sangre de los dedos que en la del lóbulo de la oreja.

Influencia de los alcalinos y de los ácidos en la función secretora de la mucosa gástrica. — El Dr. *Beckel* refiere que en los experimentos que ha realizado con jugo gástrico puro procedente de un perro al que se había establecido una fístula gástrica por el método de Pawlow, ha observado: 1.°, que los alcalinos, y en especial el bicarbonato sódico, disminuyen no sólo la acidez, sino también la secreción del jugo gástrico (contra lo que se sostenía por muchos autores), ya porque paralizan las células por acción de

contacto, ya porque alcalinizan la sangre; 2.°, que el ácido clorhídrico provoca una mayor secreción de jugo gástrico, la cual persiste por mucho tiempo.

El Dr. *Ewald* opina que para explicar el efecto deprimente de los alcalinos sobre la secreción del jugo gástrico, no hace falta invocar la hipótesis de la alcalinización de la sangre; se trata quizá de una acción refleja.

El Dr. *Bickel* contesta que á favor de dicha hipótesis deponen los experimentos de Schwartz.

Inyecciones subcutáneas de preparados ferruginosos y arsenicales. — El doctor *H. Senator* manifiesta que la administración subcutánea del hierro no ha conseguido arraigarse en terapéutica. Ultimamente han vuelto á poner sobre el tapete esta cuestión algunos médicos italianos, insistiendo muy especialmente en que con algunos preparados ferruginosos muy solubles no se provocan, al inyectarlos debajo de la piel, los dolores intensos que hasta ahora hacían imposible admitir este procedimiento. Así se ha aconsejado el citrato de hierro amoniacal, verde, en disolución al 10 por 100, comenzando por media jeringuilla y aumentando diariamente una división de la misma hasta llegar á una jeringuilla entera. De este modo se continuará por espacio de treinta ó cuarenta días, con lo cual se conseguirá la curación de la clorosis.

Según los experimentos del autor, este método no tendrá ninguna ventaja sobre el ordinario en la clorosis y en la anemia.

A favor de la inyección subcutánea se han invocado varios argumentos: 1.°, que el hierro no se absorbe en el tubo digestivo: no es exacto; los preparados marciales tanto orgánicos como inorgánicos se absorben suficientemente; el hierro se encuentra después depositado en la médula ósea, el bazo y el hígado; 2.°, el tubo digestivo tolera mal los ferruginosos, que dan origen á catarros gástricos; pero esto no sucede más que en un corto número de casos. El catarro gástrico suele ser una consecuencia de la anemia y desaparece una vez curada ésta. Además, es una regla ya clásica combatir los trastornos digestivos (con el ácido clorhídrico) antes de emprender el tratamiento ferruginoso; 3.°, el hierro se absorbe en inyección hipodérmica mejor que por el estómago. Pero esto, lejos de ser una ventaja, constituye un inconveniente, puesto que el hierro sólo se administra en enfermedades crónicas, en las que no importa nada una absorción más pronta; más aún, el hierro es un veneno que á grandes dosis puede ocasionar graves perjuicios en el organismo. Cuando se administra por la boca, no se presentan nunca estos inconvenientes, y en cambio se han observado con la administración subcutánea; 4.°, se suele aducir contra el uso interno de los ferruginosos que es muy frecuente que los enfermos los tomen de mala gana; pero en la actualidad hay preparados marciales de sabor muy grato, y por otra parte, no tiene nada de agradable dejarse poner diariamente, y durante semanas ó meses, inyecciones subcutáneas que siempre son dolorosas.

Según esto, la indicación principal de la inyección subcutánea la constituyen únicamente las úlceras gástricas, benignas ó malignas, la anemia perniciosa, la leucemia y la pseudoleucemia, enfermedades en las que el estómago no tolera ningún medicamento y acaso también la diátesis he-

morrágica. En tales casos el autor ha empleado las inyecciones subcutáneas en unos 30 enfermos, utilizando un preparado ferro-arsenical y especialmente el arseniocitrato ferroso amoniacal, que es muy soluble, á fin de aprovechar también las ventajas del arsénico. También ha empleado el autor el cacodilato de hierro.

En cuatro casos muy bien observados, se presentó al cabo de algún tiempo un aumento considerable de los eritocitos y de la hemoglobina. Como es natural, dado el mal pronóstico de las enfermedades mencionadas, no puede hablarse de una curación de las mismas obtenida con semejante medicación.

El Dr. *Frank* refiere haber obtenido buenos resultados en ocho casos de clorosis y de anemia, en que no se toleraba bien el hierro al interior, con las inyecciones intravenosas de cacodilato de hierro. Con este procedimiento se evitan los grandes dolores que producen las inyecciones subcutáneas y el olor á ajo que con éstas presenta la preparación.

El Dr. *Ewald* dice haber administrado con éxito el hierro bajo la forma de supositorios. Rechaza el uso del cacodilato de hierro por su repulsivo olor aliáceo.

El Dr. *Senator* prescribe también dicha preparación en inyecciones subcutáneas á causa de los dolores que produce y de su olor aliáceo; pero hasta ahora no se ha decidido á apelar á las inyecciones intravenosas del hierro, porque teme mucho que provoquen coagulaciones en la sangre.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 2 de Junio de 1905.

Casos clínicos. — El Dr. *Katolicky*, de Bruns, presenta: 1.°, una eventración curada en un caso de hernia crural; 2.°, un joven con cifo escoliosis congénita, espina bífida oculta, cicatrices, escrecencias á manera de muñón, formaciones supernumerarias y anomalías en las manos y piés de piña; y 3.°, un caso de deformación considerable de la pierna izquierda por osteítis deformante de la tibia en una mujer.

El Dr. *R. Stegmann* dice haber visto dos casos de mal de Paget, en que estaban alterados varios huesos del esqueleto; en ambos había sífilis hereditaria. Cuando se trata de deformidades que afectan á un sólo hueso, más bien podía pensarse en una osteomalacia local. El mal de Paget es bastante frecuente en los huesos de los indios, y también se ha observado en la gallina y el caballo. En las radiografías se ve una dilatación difusa; ya no se distingue la capa cortical y alternan procesos esclerosantes con otros de reabsorción. Pero cuando se trata de que sólo está torcido un hueso, puede ser un caso de osteomalacia local.

El Dr. *Latzko* hace también notar que en la mayoría de los casos de mal de Paget están interesadas varias porciones del esqueleto, sobre todo del cráneo, con los caracteres de la osteítis deformante.

Vólvulo de la flexura sigmoidea. — El Dr. *Federico Rudolf* da cuenta de un caso de íleo observado en abril último. Se trataba de un sujeto de treinta y seis años, que desde hace muchos padecía al parecer del estómago. Desde hace tres tenía unos accesos de dolor que duraban muchas horas; se iniciaban por la mañana; desde el vientre se irradiaban á ambos lados de la línea media y hacia la región lumbar, sin calambres ni vómitos. Ultimamente se repetían cada mes. Cuando ingresó en el hospital llevaba sin deponer tres días y sin expulsar ventosidades veinticuatro horas; nada de vómitos. Temperatura 37°,4, pulso 108; leucocitosis 15.000; abdomen muy timpanizado, nada de peristalsis ni de dolor localizado. El examen rectal dió resultado negativo.

Se diagnosticó oclusión en el colon, no producida por tumor maligno. El lavado del estómago dió salida á un líquido poco ácido. Con la operación se encontró por debajo del ombligo un tumor azulado que era un asa del colon muy voluminosa y retorcida 180°. Se deshizo la torsión y por medio de punción se dió salida á gases y á unos 2 litros de líquido sanguinolento. No redujo el intestino: 1.°, porque era seguro que en los días siguientes habría obstáculo al paso de materiales; 2.°, por causa de la reabsorción del contenido descompuesto; 3.°, por la posibilidad de una recidiva á pesar de la fijación del asa, y 4.°, por el temor de que sobreviniera una hemorragia abundante en la mucosa que presentaba infarto hemorrágico.

Se resecaron unos 50 centímetros de intestino después de anastomosis lateral y haber cerrado los extremos en fondo de saco, y por temor de la hemorragia se administró la adrenalina al interior. El paciente se curó al fin sin ningún contratiempo.

Con la simple destorsión no se hubiera evitado la recidiva y lo mismo hay que decir de la fijación del asa ó de su mesenterio al peritoneo parietal ó del despliegue del mesenterio. La resección primitiva de la flexura en el ataque es una intervención muy grave. Brehm dice que de 20 resecciones que se practicaron en 95 casos de vólvulo, sólo se lograron ocho curaciones. El éxito del caso actual se debe á haber operado pronto; en estas circunstancias, no conviene perder tiempo en precisar detalles de diagnóstico.

Genu recurvatum.— El Dr. *De Aberle* presenta una muchacha de diez años con genu recurvatum, deformidad de ambos piés y una manera de andar muy singular. Esta niña nació de nalgas y con sus dos extremidades inferiores aplicadas al hombro izquierdo. Comenzó á andar á los tres años.

La rodilla izquierda se halla en hiperextensión, que no se puede vencer á causa de la tensión del cuadriceps. La rótula se palpa mal y está muy alta. Ambos piés son equinos, sobre todo el derecho. Pero así como en los casos de pié equino, por pronunciado que éste sea, los pacientes se apoyan sobre la cara plantar de los dedos, en el caso actual la enferma se apoya, para andar, sobre la cara dorsal de dichos dedos. Al mismo tiempo, el ángulo de la rodilla encorvada se convierte en recto, apoyándose la paciente en toda la planta del pié izquierdo, que aunque también equino, no lo es tanto como el derecho.

Para corregir la deformidad de la rodilla izquierda, hay que alargar el cuadriceps por medio de una operación autoplástica.

Para corregir el pié equino convendría también una operación antoplás-

tica en el tendón de Aquiles. Sin embargo de esto, habrá de tropezar con sus dificultades el enderezamiento del pié, porque la parte anterior del astrágalo parece demasiado ancha para la horquilla maleolar y puede resultar una luxación total del hueso. Así sucedió en el caso actual, mas á pesar de ello, se logró el enderezamiento, y en una segunda sesión se corrigió la luxación mencionada por medio de una reducción cruenta.

El Dr. *Weinlechner* hace notar que los cirujanos calificarían el caso actual de luxación congénita de la pierna hacia atrás, considerando como estados consecutivos ó deformidades por coaptación á las demás, ó sea al pié equino, y al genu valgum y adductum.

El Dr. *De Aberle* dice que la madre del niño manifiesta terminantemente que las deformidades del pié y de la rodilla son ambas congénitas.

El Dr. *Weinlechner* contesta que para hablar de luxación no es preciso que los huesos estén deslizados el uno sobre el otro.

Autoplastia á la Müller-König. — El Dr. *Eiselsberg* hace constar que no es cierto que el segundo de los enfermos que presentó en la sesión anterior, no hubiese tenido ataques epilépticos desde la primera operación, hasta que sufrió el segundo traumatismo, ó sea durante doce años, puesto que se ha averiguado después que el paciente faltaba en esto á la verdad. En efecto, resulta que después de dicha operación siguieron presentándose ataques, que el paciente intentó varias veces suicidarse y que ha estado varias veces sometido á tratamiento en la clínica psiquiátrica. Es muy posible que los datos falsos los haya suministrado el sujeto de un modo inconsciente y como consecuencia de su mismo estado psíquico anormal.

De todas suertes, se ve que en este caso, á pesar de haberse cubierto el defecto del cráneo, reapareció la epilepsia.

(*Wiener klinische Rundschau*). — R. del Valle.

PERIÓDICOS

El suero marino en la terapéutica de los enajenados. — Los Dres. Marie y Peletier, han leído en la Sociedad de Biología de París un estudio interesantísimo acerca de este asunto. El suero marino isotónico, que no es en resumen, sino el agua del mar, es un estimulante de todas las funciones en general y, sobre todo, del sistema nervioso. Elimina las toxinas del organismo por las secreciones y mejora así la vitalidad de las neuronas siempre que el proceso morboso no haya destruído ya la célula nerviosa. Han empleado estas inyecciones de cinco en cinco días á la dosis primero de 60 cent. cub., y después de 100 sometiendo á la medicación doce enfermos: tres epilépticos, tres paralíticos con accidentes epileptiformes, tres dementes con escaras dorsales y tres dementes precoces. Los resultados obtenidos, son bastante favorables en lo que se refiere á los accidentes convulsivos, epileptoides y cataleptoides de los enajenados nerviosos, paralíticos y dementes precoces. El estado general mejora siempre con esta medica-

ción, como lo prueba el hecho de curar algunas escaras sacras, cuyo pronóstico es de ordinario funesto.

(*La Med. Moderne*, 7 junio 1905).—F. Toledo.

Influencia del miedo en los casos de muerte por el cloroformo. — El doctor L'Hardy refiere dos casos en los que antes de emplear el cloroformo, estando todavía en los preparativos de la operación, sobrevino la muerte. Por otra parte, se observa que las personas que no conocen los peligros del cloroformo, como les sucede á los niños y á los negros, lo toleran muy bien. El autor atribuye también el poco peligro del cloroformo en las parturientes, á la circunstancia de que no se acuerdan de semejante peligro cuando están con los dolores de parto.—(*Gazz. des hôpitaux*). — R. del Valle.

Aguas minerales y afecciones digestivas. — Las *aguas indiferentes* administradas en bebida, dice el Dr. Ewald, estimulan la secreción del jugo gástrico y activan las funciones del hígado y del páncreas. Son útiles en la hiperclorhidria, porque diluyen el jugo gástrico.

Las *aguas bicarbonatadas que contienen ácido clorhídrico libre*, son estimulantes.

Las *cloruradas sódicas*, son estimulantes también y disuelven las mucosidades, pero su uso prolongado disminuye la secreción del ácido clorhídrico; las investigaciones de Dapper prueban lo contrario.

Las *aguas alcalinotérreas* disminuyen la secreción gástrica, neutralizan su acidez y favorecen la digestión intestinal y las funciones hepáticas. La temperatura elevada del agua ingerida, produce un efecto análogo desde el punto de vista secretorio, pero excita las funciones motoras.

Las *aguas cálcicas y sulfurosas* ejercen una acción poco conocida sobre la secreción gástrica.

Los *baños* influyen de un modo indirecto sobre la secreción gástrica; los de vapor congestionan la piel y dejan anémica la mucosa del estómago. Los de mar ejercen una acción estimulante útil en los casos de atonía y de neurosis gástrica.

(*Revue de ther. médico-chirurgicale*, 1.° junio 1905).—F. Toledo.

Nota. En el núm. 890 de la Revista, correspondiente al 14 de julio, en la pág. 57, línea 23, donde dice *vaselina yódica*, léase *vaselina cádica*.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGIA PRÁCTICAS

LOS TRASTORNOS ENCEFÁLICOS

EN LAS INSUFICIENCIAS AÓRTICAS DE ORIGEN ENDOCÁRDICO

POR EL DOCTOR

FEDERICO GONZÁLEZ DELEITO

Médico primero de Sanidad Militar.

I

Motiva este trabajo la observación de un enfermo de insuficiencia aórtica, de origen endocárdico seguramente, que se exteriorizó única y exclusivamente por la aparición brusca de trastornos cerebrales, cuyo origen sólo pudo ser la lesión cardíaca. Puestos en tela de juicio por muchos autores modernos, principalmente por los franceses, la existencia de síntomas dependientes de trastornos de irrigación en las insuficiencias aórticas endocárdicas, y muy propicios á imputar los que se presentan en las de origen arterial á consiguientes alteraciones de los vasos cerebrales dependientes de la arterio-esclerosis, la observación de hechos tan demostrativos como el presente, no deja de ser interesante.

En un soldado se presentan bruscamente ideas delirantes sin causa alguna que lo justifique; sólo se aprecia, según la observación del médico que lo asistió el primer día, ligera saburra gástrica, pero sin elevación de temperatura, de escasa intensidad é incapaz por sí sola de dar origen á un delirio. Como no existían síntomas de excitación de ninguna clase, se trató el estado gástrico con un purgante salino, y el enfermo mejoró notablemente, desapareció la saburra y con ella el delirio que había motivado su ingreso en el hospital.

Pero la curación no fué completa, y pocos días después tuve oca-

sión de examinar al enfermo, el cual presentaba los siguientes síntomas:

Aparato digestivo normal, buen apetito, digestiones regulares, etc.

Sistema nervioso: desaparecido el delirio, quedaban, sin embargo, los siguientes síntomas: insomnio habitual, el enfermo tardaba mucho en conciliar el sueño, y éste se encontraba interrumpido por frecuentes pesadillas que atormentaban al enfermo, que despertaba sobresaltado, necesitando cierto tiempo para alejarlas por completo. Aun después de despierto, necesitaba realizar un esfuerzo para convencerse de que eran ensueños y no realidades aquellas pesadillas. Junto con esto se apreciaba un cierto eretismo de su sistema nervioso, y por último, el enfermo se quejaba de su debilidad de cabeza que le impedía levantarse bruscamente de la cama, por ocasionarle vértigos y desvanecimientos.

Del interrogatorio no fué posible obtener más datos. Los antecedentes hereditarios y personales eran nulos, el soldado sólo recordaba haber padecido algunas enfermedades en su infancia, pero sin precisar cuáles, y ni sus padres ni hermanos habían padecido enfermedades que llamaran su atención.

La exploración dió un resultado nulo completamente, en cuanto á encontrar en este enfermo señal ni estigma alguno indicador de existencia de lesión de sistema nervioso ni de neurosis de ninguna especie. Una minuciosa y detenida exploración del aparato circulatorio, al que no dirigí mi atención hasta convencerme de que, si los síntomas eran de sistema nervioso, la lesión no lo era, me proporcionó los siguientes datos:

Corazón: macicez normal en el sentido transversal y poco aumentado en el longitudinal; choque de la punta desviado hacia la sexta costilla y un poco por fuera de la línea mamelonar. Por la auscultación, soplo diastólico en el foco de auscultación del orificio aórtico. Este soplo era dulce, suave, aspirativo, tenía su máximum de intensidad en el borde esternal derecho, á nivel del tercer cartílago costal, y se propagaba hacia la punta del corazón, en la que se percibía con bastante claridad.

El pulso era blando, fácilmente depresible, después de dar una sensación de impulsión brusca y enérgica. El adjunto trazado esfigmográfico expresa bien notoriamente sus caracteres. No se percibía el pulso capilar, ni tampoco era muy visible la danza de las arterias, pero podía apreciarse con relativa facilidad el doble soplo crural de Durosier.

Con estos datos, el diagnóstico de insuficiencia aórtica no era dudoso; el trazado esfigmográfico tan característico, el soplo diastólico de la base eran síntomas más que suficientes para establecerlo de una manera precisa y categórica. No existían, por otra parte, otras lesiones óricas que complicaran la insuficiencia aórtica ni estrechez del mismo orificio ni del auriculoventricular izquierdo. Por otra parte, el origen de esta lesión no podía ser otro que una endocarditis. Un soldado de veinte años, no alcohólico, ni sifilítico ni palúdico, no puede ser arterio-esclerósico, ni, por otra parte, se apreciaba en él síntoma alguno de tal enfermedad. Tampoco podía invocarse un origen traumático; en este caso la rotura valvular se acompaña de cierto cortejo sintomático, y los antecedentes no dan indicio alguno de que haya existido. Sólo podemos invocar el origen endocárdico. Cierto que el enfermo no ha podido precisar si ha padecido ataques de reumatismo, corea ni enfermedad infecciosa alguna; sólo habla de enfermedades de su niñez, de las que no puede dar no-

ticias concretas; sólo manifiesta que desde los diez ó doce años no ha padecido ninguna. Pero puede suponerse muy bien que alguna de las sufridas hasta esa época, fueran ó no reumatismo articular, pudo producir una endocarditis, y ésta dejar como reliquia una insuficiencia valvular localizada en el orificio aórtico.

Lo que sabemos respecto al largo y silencioso curso de esta enfermedad en múltiples casos, nos autoriza para pensar que así fuera y que nos encontráramos en aquel caso frente á una insuficiencia de antiguo origen, y hasta entonces silenciosa, y que hubiera seguido siéndolo, á no haberla descubierto el síndrome de anemia cerebral que tan bruscamente estalló.

II

La insuficiencia aórtica es una enfermedad bien estudiada hoy día. Descrita por Vieussens, citada por Morgagni y estudiada de un modo bastante completo por Corrigan, bien pronto se apreciaron en ella dos modalidades distintas, que Stokes adivinó y que Peter y Huchard describieron.

Enfermedad rica en sínto nas de toda clase, pasa mucho tiempo desapercibida durante muchos años, y sólo de un modo accidental es descubierta; en muchas ocasiones, no obstante su completo síndrome cardio-arterial, son las complicaciones funcionales las que sirven para descubrirla; tal ocurrió en el caso antes citado. Otras veces, alteraciones dependientes de otros órganos, y que reconocen causa idéntica á la de la insuficiencia aórtica, nos ponen sobre su pista; esto ocurre con frecuencia en los casos de insuficiencia de origen arterial, tan íntimamente relacionados con la arterio-esclerosis.

Profundas son las diferencias que separan ambas variedades de esta enfermedad; su etiología distinta, reumatismal ó infecciosa en la primera, aórtica ó arterio-esclerósica en la segunda, sobreviniendo aquélla en jóvenes, posible el establecer relación directa entre causa y lesión, sola ó acompañada de otras lesiones de idéntica naturaleza, que asientan en los diversos orificios cardíacos, pero no en otros órganos ni aparatos; la segunda de estas dos clases de insuficiencias se presenta en hombres de edad avanzada, con arterias viejas ó envejecidas, tiene una etiología vasta y compleja. Múltiples causas la engendraron, contribuyendo cada una en debida proporción; va tal vez acompañada de otras lesiones óricas y también de alteraciones vasculares de gruesas ó pequeñas arterias, y se observan trastornos de otros aparatos y órganos, cerebro, pulmón, riñones, que demuestran que las alteraciones de las válvulas sigmóideas no son más que una parte de los trastornos que en el organismo han causado la vasta y compleja etiología de infecciones múltiples, intoxicaciones variadas, diátesis, causas psíquicas tal vez, etc., etc.

Refléjase esta diversidad de origen en la sintomatología, aunque no de modo tan marcado como en el estudio de las causas; en el mismo foco de la arteria aorta se oyen idénticos soplos; el ventrículo izquierdo se hipertrofia en ambos casos, aunque no de igual manera, ni por idéntica causa; los soplos de la femoral, el doble tono arterial, el pulso capilar, las oscilaciones de la cabeza ritmadas por las contracciones cardíacas, todo ello es igual en ambos casos; pero no lo es el trazado esfigmográfico del pulso, que tiene el gancho del vértice del trazado modificado por la meseta redonda de la arteria esclerosada, y su marcado dicrotismo obscurecido, á causa de la poca elasticidad de las paredes arteriales, en los casos de insuficiencia aórtica endo-arterial, y no son tampoco idénticos los trastornos funcionales en un caso solo dependientes de los trastornos de irriga-

ción consecutivos á la insuficiencia aórtica, y en el otro son múltiples, dependientes tanto de esta causa, cuanto de la arterio-esclerosis que la acompaña, que en algunas ocasiones tome el primer puesto, y deja reducida á un papel muy secundario la sintomatología propia y exclusiva de la lesión órica.

Tales diferencias en su etiología y síntomas se refleja en el pronóstico y en el tratamiento de estas dos variedades de insuficiencia. Por eso en la insuficiencia aórtica arterial el pronóstico es más grave, no obstante la incurabilidad de ambas lesiones, porque la arterio-esclerosis ó aortitis que la acompaña es causa de que aparezcan complicaciones tan graves como la angina de pecho, por estenosis de las coronarias, que mata rápidamente al enfermo, ó que otras lesiones provocadas por idéntica causa, como la nefritis intersticial, etcétera, aceleren la muerte del individuo.

Por el contrario, si la insuficiencia mitral endocárdica es la única lesión órica producida por la endocarditis crónica, la enfermedad, siquiera no sufra retroceso alguno en su marcha, puede quedar silenciosa largo tiempo sin producir trastornos de consideración, adaptándose rápidamente el organismo á este nuevo modo de ser, y siendo remotos relativamente los peligros de la falta de compensación y de la asistolia.

Por último, el tratamiento ha de ser completamente distinto, tanto para la lesión en general, cuanto para los síntomas que, aunque análogos en su manifestación clínica, obedecen á la existencia de lesiones muy diversas, como más adelante veremos, al tratar de los síntomas cerebrales.

No he mencionado como variedad independiente la insuficiencia aórtica funcional que describen Jaccoud, Chauffard, Huchard, que admitió ya Corrigan y que niegan Barie y Potain, porque, aun admitiendo su existencia, se conviene en que la mayor parte de las veces es consecutiva á nefritis intersticial, miocarditis esclerosa, aortitis crónica, es decir, enfermedades idénticas á las que acompañan á la insuficiencia aórtica arterial, por lo que su sintomatología, pronóstico y tratamiento es casi idéntico, y sólo las dependientes de una sínfisis pericárdica pueden tener causa, curso y pronóstico distinto, y éstas, en honor á la verdad, son extremadamente raras.

Lo mismo ocurre con las insuficiencias aórticas traumáticas, de las que más adelante citaré algunos ejemplos; son casos muy poco frecuentes, y en los que el cuadro sintomatológico estalla con cierta brusquedad á causa de la rapidez con que se instala la lesión, sin

que el organismo pueda adaptarse á ella, y que, ó terminan pronto con la muerte del individuo, ó se comportan, caso de no ocurrir esto, con arreglo á las condiciones del sujeto en que recaen. Si es joven y sin tara arterial, como insuficiencia endocárdica, si de edad madura y de arterias envejecidas por cualquiera de las múltiples causas capaces de alterarlas, como insuficiencia arterial.

III

Entre los síntomas funcionales que de la insuficiencia aórtica se han estudiado, los dependientes de las alteraciones del sistema nervioso han sido siempre mencionados, y en algunas ocasiones colocados en lugar preeminente.

Antes de hacerse la distinción entre las dos variedades de insuficiencia aórtica, fueron achacados todos ellos á la anemia cerebral. La irrigación del encéfalo era defectuosa, el arbol aórtico quedaba con menor cantidad de sangre de la habitualmente necesaria, y aquellas regiones en, la que la acción de la gravedad dificulta el riego, eran las que primeramente y de modo más especial habían de ser afectadas por esta defectuosa irrigación. La anemia cerebral era responsable de todos estos trastornos, á ella había que imputar los vértigos, los síncopes, las lipotimias, los insomnios, los delirios, etcétera. De ahí el que los aórticos fueran enfermos que buscaban la posición horizontal, para asegurar así la llegada de sangre á su cerebro; al contrario de lo que en los enfermos mitrales ocurre, los cuales se sientan para respirar más cómodamente, rehuyendo todo lo que tienda á favorecer las congestiones pasivas de la circulación menor. De ahí el antagonismo entre unos y otros enfermos: los aórticos, enfermos que tienden á estar echados, de cara pálida por la misma anemia; los mitrales, enfermos que procuran permanecer sentados, de facies azulada, por la tendencia á toda clase de congestiones pasivas En este sentido está inspirada la tesis de Limbo, sobre la encefalopatía de origen cardíaco.

Pero el conocimiedto de las insuficiencias aórticas arteriales modificó este modo de apreciar la patogenia de los síntomas cerebrales. En estas formas, la lesión órica va acompañada de lesiones de la aorta y de lesiones generalizadas á todo el arbol arterial.

La aortitis y la arterio-esclerosis que acompañan la insuficiencia, son capaces por sí solas de producir una rica y variada sintomatología cerebral, y á ellas se incriminaron los trastornos encefálicos. Por otra parte, se apreció bien pronto que los síntomas que con más

frecuencia se observaban, vértigos, palidez, etc., eran los que forman el cuadro sintomático de la arterio-esclerosis cerebral, y que los enfermos que los padecían eran los atacados de insuficiencia arterial con una mayor frecuencia que los de insuficiencia endocárdica.

De ahí á negar en absoluto la antigua anemia cerebral, dejando bajo el dominio de la arterio-esclerosis toda su sintomatología, sólo hay un paso que Huchard, Merklen y otros autores no han vacilado en decir, afirmando no haber tenido ocasión de comprobar ni los delirios ni los trastornos vesánicos que otros autores han descrito, y sí sólo los vértigos, desfallecimientos, epistaxis, rotura de arterias cerebrales, etc.

Los síntomas de resonancia cerebral de las insuficiencias aórticas son los siguientes: facies pálida y anémica, cefalalgias, vértigos, síncopes, zumbidos de oídos, visiones luminosas, sensaciones vertiginosas al pasar de una posición á otra, sobre todo al hacerla bruscamente de la horizontal á la vertical, insomnios, sueños entrecortados por pesadillas azarosas, trastornos vasomotores con cambios bruscos de congestión y anemia, cefalalgia pulsátil, epistaxis, roturas de las arterias cerebrales (Friedreich), imposibilidad de permanecer en la estación vertical, delirios, estados neuropáticos, principalmente neurasteniformes, y trastornos vesánicos.

Dejando á un lado las epistaxis y las roturas de las arterias cerebrales de la base, que Friedreich atribuye á la enfermedad de Corrigan, y que sólo pueden explicarse por la previa alteración de las paredes arteriales que la arterio-esclerosis engendra, queda un conjunto sintomático confuso y borroso, que tanto puede depender de los trastornos del riego encefálico consecutivos á la arterio-esclerosis cerebral, como de cierta anemia cerebral originada por la insuficiencia aórtica.

La historia de las insuficiencias aórticas de origen traumático, parece que eran las llamadas á resolver la cuestión; en ellas la causa es brusca, los fenómenos de adaptación no pueden establecerse sino al cabo de cierto tiempo, todos los síntomas de resonancia deben aparecer súbitamente.

Hé aquí algunas cuantas observaciones de esta índole, entresacadas al azar, de las observadas en estos últimos años.

Lannois cita el caso de un sujeto joven que se produjo una rotura traumática de las válvulas aórticas, seguida inmediatamente de trastornos cardíacos, palpitaciones, etc., apreciándose bien pronto

soplo en la base á nivel del foco aórtico en el segundo tiempo, etc., y sin ningún síntoma funcional; lo que el autor explica por el perfecto estado de integridad del músculo cardíaco.

Litten comunica á la Sociedad de Medicina interna de Berlín en 1897 el caso de un ciclista que, á consecuencia de un traumatismo, sufrió la rotura del aparato valvular aórtico con todo el cortejo sintomático de estos casos, y apareciendo bien pronto los vértigos. La edad del sujeto no parece hacer presumir la existencia de una arterio-esclerosis previa.

En la *Gazzette degli Ospitali* publicó Trevisanello dos casos de insuficiencia aórtica de origen traumático, pero aquí no se trataba de un traumatismo externo, sino de pequeños esfuerzos, como los de subir una escalera y los movimientos del coito, produciendo un pequeño aumento en la hipertensión. En ambos casos se apreció la instalación brusca de los síntomas cardíacos, pero no se menciona en la observación ningún síntoma de resonancia cerebral. Ambos enfermos eran arterio-esclerosos, uno con reumatismo crónico y otro alcohólico.

Por último, Vázquez ha comunicado en 30 de diciembre de 1904 á la Sociedad Médica de Hospitales de París, el caso de una insuficiencia aórtica post traumática, coincidiendo con la tabes, y sin ningún síntoma encefálico.

Se aprecia por esta enumeración de hechos, que los más de ellos son imputables á la insuficiencia arterial, por ser más fácil provocar roturas en una válvula cuando todo el aparato circulatorio se encuentra precisamente alterado, que no cuando existe integridad absoluta; así todos los casos de rotura por traumatismos internos ocurren en arterio-esclerosos.

Tan sólo en una de estas observaciones se hace mención de vértigos, en las demás no existían trastornos cerebrales de ninguna clase, no obstante la brusquedad con que se estableció la lesión valvular.

De aquí podemos deducir una conclusión, cual es la de la inconstancia y rareza en presentarse fenómenos encefálicos de resonancia, así como que éstos no son privativos de las insuficiencias arteriales, puesto que el único caso en que se presentaron no podía considerarse como tal; la edad del sujeto y la circunstancia de gran traumatismo externo, necesario para producirse la insuficiencia y no un simple aumento de tensión intravascular, alejan la idea de la arterio-esclerosis.

En las aortitis se presentan síntomas análogos á los mencionados en la insuficiencia aórtica, y que fueron atribuídos también á los trastornos consecutivos al riego cerebral

Tales son, desde luego, los síntomas que aparecen en las aortitis subagudas cuando la inflamación se propaga al origen de las arterias carotídeas, entonces aparecen los síntomas de la anemia cerebral, vértigos, desvanecimientos, lipotimias, síncopes prolongados y hasta la muerte; pero en estos casos se trata de procesos subagudos con síntomas agudos también de anemia cerebral, de grave pronóstico y que terminan prontamente; caracteres todos muy distintos de los que ofrecen cuando los observamos en las insuficiencias del orificio aórtico.

En los casos de aortitis crónica pueden presentarse igualmente estos síntomas, pero François Franck, por una serie de ingeniosas experiencias, ha demostrado cómo son debidos á una serie de reflejos que parten de la túnica interna de la aorta, análogos á los que producen las isquemias y algideces locales de los demás órganos.

Sin embargo, se ve cómo lo único que estas experiencias han demostrado es el mecanismo por el que la anemia cerebral se produce, isquemia refleja y no anemia directa. Además, quedan otros síntomas permanentes, como el insomnio, y algunas veces delirios que sólo pueden atribuirse á la anemia cerebral (Huchard).

IV

El caso que hemos estudiado en el comienzo del presente trabajo, demuestra cómo en las insuficiencias de origen endocárdico pueden observarse igualmente síntomas de anemia cerebral con ausencia de toda otra lesión vascular ó aórtica.

Los autores ingleses son los que han señalado casos más típicos. Leared en 1867, y Harrington Douty en 1885 (1), han estudiado los trastornos mentales de estos enfermos, consistentes principalmente en delirio, insomnios y estados neurasteniformes.

Estos son los síntomas que se pueden presentar como más propios y exclusivos de esta enfermedad, y son los que se observaban con mayor intensidad en nuestro enfermo.

Los vértigos, las tendencias al síncope, las lipotimias, son síntomas de anemia cerebral aguda, que se observan tan sólo á consecuencia de hemorragias profusas, discrasias sanguíneas, que revis-

(1) Citados por Huchard.

ten en determinados momentos cierto estado de agudeza, clorosis, anemia reumatismal, cuyos síntomas cerebrales agudos no debemos confundir con los de una insuficiencia aórtica consecutiva al reumatismo, anemias tóxicas ó post infecciosas en general, en la aortitis subaguda y en las enfermedades crónicas, capaces en momentos determinados de producir isquemias cerebrales bruscas, cualquiera que sea el mecanismo que para ello empleen, reflejos en la aortitis, espasmos vasculares en la arterio-esclerosis, etc.

Por eso son frecuentes en las insuficiencias por aortitis por la existencia de los reflejos demostrados por François Franck, ó en aquellas en que la arterio-esclerosis cerebral acompaña la lesión cardíaca, y se encuentran mencionados en algunos casos de insuficiencias agudas por traumatismo y rotura valvular.

Pero no deben aparecer en el curso de una larga enfermedad, en la que la tolerancia llega á establecerse y en la que no hay ocasión de producirse rápidas isquemias, ni por reflejos aórticos, pues la lesión se limita á las válvulas y á veces tan sólo á su borde libre, ni por otras causas.

Aquí debemos encontrar los síntomas de un cerebro defectuosamente nutrido, y, por tanto, han de tener cierta semejanza con los de la neurastenia y con los de las anemias subagudas consecutivas á otras enfermedades, anemias que se instalan de modo paulatino y progresivo y no sufren agudizaciones bruscas.

Y estos son, efectivamente, los síntomas que pudimos apreciar en nuestro enfermo, siendo la tendencia al vértigo tan sólo perceptible en los bruscos cambios de posición, es decir, al ocasionar una rápida isquemia cerebral, pero no en circunstancias normales, y aun así, no era esto lo que mayores molestias le causaba, antes bien, eran síntomas á los que concedía una importancia secundaria.

Son pocos los enfermos en quienes se aprecian estos trastornos, y en esto tienen razón la mayoría de los autores al afirmar que la inmensa mayoría de los enfermos en quienes aparecen son aórticos arteriales. Abundan los casos de insuficiencias aórticas endocárdicas latentes, durante cierto número de años; en nuestro enfermo es desconocido el orígen de su lesión, y, por lo tanto, el tiempo que permaneció latente; es forzoso convenir en que nó bastan las alteraciones del riego cerebral para explicar la presencia de estos síntomas.

Hay que recurrir á las tan socorridas predisposiciones; indudablemente estos enfermos son individuos nerviosos y se encuentran en

un estado de inferioridad que el riego defectuoso hace resaltar. Un cerebro normal puede resistir impunemente estas alteraciones en su circulación. ¿Pero qué predisposición es ésta? Lo ignoramos en absoluto; la herencia, etc., etc., pueden invocarse como causas que la determinan; pero su mecanismo, ese queda absolutamente desconocido hasta la fecha.

Si el cerebro es el órgano cuyo funcionamiento se resiente más en esta enfermedad, es debido únicamente á que su posición le hace más propicio á resentirse por estos trastornos, de igual manera que los maléolos es el sitio en que primero aparecen los edemas en la hiposistolia mitral.

Pero pueden aparecer síntomas dependientes de las alteraciones circulatorias de otros órganos, y Robin cita ciertos estados de dispepsia hipo-esténica gástrica consecutiva á la anemia estomacal de las insuficiencias aórticas (1), distintos de los trastornos dispépticos de las insuficiencias aórticas arteriales, dependientes de otras múltiples causas más complejas y variadas.

Es de notar la rapidez y agudeza con que se instalaron los síntomas cerebrales, siendo crónica y antigua la causa que los producía. No protestó, al parecer, el cerebro de su riego defectuoso en mucho tiempo sino á protestar de un modo insólito y brusco.

¿Por qué no lo hizo antes? ¿Por qué esta agudeza en su protesta? Nuevamente tendremos que echar mano para buscar una explicación satisfactoria de alguno de los usuales tópicos, tras los que enmascaramos nuestra ignorancia.

Todos los órganos, y el cerebro entre ellos, ofrecen cierta tolerancia que les permite soportar lesiones diversas sin dar lugar á síntoma alguno; los trastornos en el funcionamiento de un órgano sólo producen síntomas que los revelan cuando han alcanzado cierto límite que por otra parte es variable según cada sujeto. Así se ven tumores cerebrales latentes durante cierto período que por diversas causas se revelan bruscamente. No ha mucho fué publicado el caso de un tumor cerebral, cuya sintomatología estalló después de una anestesia clorofórmica (2). Yo mismo he relatado un caso análogo (3).

En nuestro enfermo coincidió la aparición de los síntomas cere-

(1) Robin: Maladies de l'estomac.
(2) Royo: *La Clínica moderna*, 1908.
(3) G. Deleito: *La Clínica moderna*, 1908 y *La Medicina Militar Española*, 1901.

CASO NOTABLE DE FIBROMIOMA UTERINO

CON RESECCIÓN DE UN URETER Y RASGADURAS DE LA VEJIGA DURANTE LA OPERACIÓN, Y CURACIÓN SIN FÍSTULA DE ORINA

POR

D. ANGEL BALTAR CORTÉS

Médico de número del Hospital provincial de Santiago.

Antonia Señaris Rodríguez, de treinta y ocho años, casada y natural de Cerceda, pero vecina de Oza (Coruña), entró en enero de este año en la sala de San Valentín del Hospital de Santiago, para ser operada de un tumor en el vientre.

A la inspección nótase, en efecto, una tumoración muy regular en el hipogastrio, que llega hasta el ombligo, y á la palpación se reconoce que el tumor es sólido y consistente, redondeado y coronado en su parte más alta, ó sea hacia el ombligo, por otro pequeño tumor, que reproduce la forma de la matriz, por lo cual y por hallarse á uno y otro lado sobre el tumor principal dos cuerpos como almendras y delante de ellas dos cordones que se dirigen al conducto inguinal, creo que se trata de la matriz misma, rechazada hasta el ombligo por un tumor desarrollado en el cuello y que debe llenar la excavación pelviana, distendiendo enormemente la vagina, como, en efecto, así se comprueba por el tacto. El tumor asoma por la vulva y tiene apariencia de pólipo; el dedo recorre su contorno, pero no alcanza el cuello. El histerómetro penetra hasta el útero, que, como he dicho, está cerca del ombligo.

Creo posible extraerlo por medio del forceps bajo la acción clorofórmica, y el tumor no desciende ni siquiera una pulgada. Conseguí introducir toda la mano en la vagina, y tras de una prolija exploración, noto que no hay cuello uterino en los dos tercios posteriores, continuándose la vagina sin línea de demarcación con el tumor en el fondo de saco, y tan sólo hay cuello — el labio anterior — hacia adelante, y entre él y el tumor es por donde pasa el histerómetro y puede introducirse el dedo. Comprendiendo, en vista de esta exploración, que solamente una laparotomía puede dar cuenta del tumor, queda ésta acordada, aunque con el natural temor que inspira un caso tan extraordinario.

Después de muchos días de irrigaciones vaginales antisépticas y

demás precauciones propias del caso, abro el vientre en posición inclinada, ligo y secciono los ligamentos anchos, trazo un colgajo peritoneal anterior para desprender la vejiga, arrastrada hacia arriba, y al practicar este desprendimiento, á pesar del cuidado puesto en esa maniobra, se rasgó en dos sitios la vejiga, por estar sumamente adelgazada. Seguidamente se desprendió otro colgajo peritoneal posterior y luego se seccionó circularmente la enorme vagina, ligando las uterinas después de extraer el tumor. En el lado izquierdo el corte fué limpio; en el derecho, á causa de bascular hacia allí el tumor, y para cortar sin miedo de herir el ureter, seccioné por el tejido uterino. Quise luego regularizar la herida recortando el exceso de tejidos; investigué la situación del ureter, y creyendo estar alejado de su trayecto, dije: aquí, que no peco, y corté..... y me llevé con la tijera 3 ó 4 centímetros de ureter. Hay que tener en cuenta que la sección vaginal tenía el mismo diámetro que la excavación. Afronté los extremos y á duras penas alcanzaban. No había que pensar en anastomosis lateral, y no queriendo ir derecho á una fístula, que tendría que ser en la región lumbar, ni *ensayar* el abocamiento en el recto, practiqué una sutura á la Lembert y de un solo plano, confrontando los extremos del ureter, hecha con aguja y seda muy finas, y facilitada por la introducción en el ureter de una sonda de goma, que saqué por la uretra con otra de caucho colocada en la vejiga, cuyas rasgaduras suturé, bien malamente por cierto, á causa de la delgadez y friabilidad de sus paredes. Estreché la herida de la vagina, rellena de gasa yodofórmica; suturé cuidadosamente el peritoneo, cerré el abdomen, etc., y quedó instalada la mujer en la cama, preguntándome entonces: ¿qué irá á pasar aquí? En los primeros momentos todo marchó bien, aunque, como es natural, bastante aplanada la enferma. La sonda uretérica, empalmada con un tubo largo de caucho sumergido en agua bórica, aspiraba la orina del riñón correspondiente; pero hé aquí que un esfuerzo de vómito hizo salir ambas sondas de la vejiga, y siendo imposible, como es natural, poner la uretérica, me limité á reintroducir la de la vejiga. El accidente tuvo lugar á las quince horas. El curso fué apirético, pues no hubo más que cinco décimas al siguiente día de la operación; pero como empezó á fluir orina abundantemente á través de la vagina, dí por hecho la persistencia de una fístula uretérica. Afortunadamente no fué así, y tras de la disminución gradual de la orina que fluía por el mencionado conducto, vino su desaparición completa al cabo de unas tres semanas. La orina,

pues, á mi juicio, debía proceder de las rasgaduras, mal suturadas, de la vejiga, y que al cicatrizar los tejidos á su alrededor, quedaron definitivamente cerradas. La enferma salió sin *novedad* del hospital.

El tumor—fibromioma—se había desarrollado á expensas del labio posterior del cuello del útero, y constituía un caso exactamente igual á uno que menciona y diseña Veit en su *Ginecología*.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

I. Gráfica potencial de la toxina diftérica, por F. Murillo. Madrid, 1903.
II. Nuevo procedimiento de atenuación y nueva vacuna anticarbuncosa, por F. Murillo. Madrid. 1904.
III. O Dispensario antituberculoso de Lisboa, por Alfredo Luiz Lopes. Lisboa, 1904.
IV. Publicaciones de la Liga Uruguaya contra la tuberculosis. Montevideo, 1903 y 1904.
V. Lucha contra la tuberculosis, por el Dr. D. Víctor Soley y Gely. Barcelona, 1904.
VI. Sobre tuberculosis, por D. Manuel Marín Sevilla. Albacete, 1904.
VII. Defensa contra la tuberculosis, por D. Luis Fatás y Montes. Madrid, 1905.

I

El Dr. Murillo, Jefe de la Sección de Seroterapia del Instituto de Alfonso XIII, tan conocido ó más en el extranjero que en España, por sus valiosos trabajos de investigación, expone en este folleto de 12 páginas los principales experimentos que ha hecho para resolver la relación que existe entre el tiempo de permanencia de los cultivos diftéricos en la estufa y la potencia ó intensidad de las toxinas. Como resumen de dichos experimentos deduce: que en un caldo, cuya reacción permanezca siempre alcalina, el bacilo diftérico produce el máximum de toxinas durante la primera semana, se sostiene á la misma altura durante la segunda y primeros días de la tercera, pierde considerablemente en fuerza durante los restantes días de esta última y primeros de la cuarta, gana bruscamente la primitiva toxicidad á mediados de ésta y la pierde de nuevo gradual y paulatinamente en los días sucesivos.

II

El mismo autor ha publicado, en otro folleto de 12 páginas, un nuevo procedimiento de atenuación fundado en que los productos elaborados por un microorganismo pueden influir de algún modo sobre otras especies y, partiendo de esta idea, ha cultivado el bacillus anthracis en toxina diftérica, con lo cual ha conseguido variaciones morfológicas de aquél y la atenuación de su virulencia á voluntad en el grado requerido y con caracteres de constante fijeza. Con estos cultivos degenerados en toxina diftérica, ha conseguido vacunar á conejos y ovejas contra el carbunclo de un modo tan decisivo que seguramente se puede augurar un gran éxito en la práctica de tan eficaz é inocua vacunación.

III

El reputado médico portugués D. Alfredo Luiz Lopes, Director clínico del Dispensario antituberculoso de Lisboa, ha publicado en un folleto de 26 páginas los datos referentes á la asistencia de los tuberculosos en dicho Dispensario desde junio de 1902 á igual mes de 1903, ascendiendo á 4.254 los asistidos y á 57.468 las consultas y tratamientos. En los numerosos cuadros estadísticos que figuran en este interesante trabajo, y en las oportunas deducciones que hace el autor, hay materia abundante de estudio y que revela el entusiasmo y la inteligencia con que el Dr Luiz Lopes dirige el importante Dispensario de Lisboa.

IV

La Liga Uruguaya contra la tuberculosis da muestras bien visibles de una actividad y un entusiasmo digno de los mayores encomios, y que la coloca indudablemente en las avanzadas de esa nobilísima Guerra Santa que se ha proclamado en todas las naciones cultas que se preocupan de su salud y de su bienestar en general, y particularmente de las cifras aterradoras de mortalidad, por un padecimiento que se puede evitar con tanta seguridad, como es curable en sus comienzos. Y justo es consignar que el honrosísimo apogeo que ha alcanzado dicha Liga, se debe principalmente al desinterés, á la abnegación y á la inteligencia de su Presidente el doctor D. Joaquín Salteraín.

Los trabajos que hemos recibido y que dan fé de vida, y de vida vigorosa de dicha Liga, son: Dos números del *Boletín Mensual* que pu-

blica; una Memoria leída por el Sr. Presidente ante la Asamblea general; un folleto interesante con el epígrafe «conversación amistosa sobre tuberculosis»; unos apuntes acerca de la demografía uruguaya y especialmente de mortalidad por tuberculosis, trabajos todos del Dr. Salteraín; y además, una serie de consejos impresos en hojas sueltas, una nota del Dispensario Maciel y una Cartilla arreglada de un trabajo de Brouardel y E. Lagrué por Montero y Paullier, Cartilla á todas luces muy instructiva para la enseñanza antituberculosa y antialcohólica.

Bien merece tan laudable y perseverante labor un éxito estadístico, que desde luego se puede augurar para dentro de pocos años y para honra de aquella República.

V

El trabajo del Dr. Soley y Gely, que lleva por epígrafe *Lucha contra la tuberculosis*, es una Memoria de 84 páginas, de nutrida lectura, con grabados, cuadros estadísticos y presupuestos, que tiene muy honrosa historia, puesto que se trata de una especie de informe que mereció la aprobación de la Academia de Higiene de Cataluña, y ha sido impresa merced á la generosidad de algunos individuos del Patronato de Cataluña para la lucha contra la tuberculosis.

En dicha Memoria se demuestra la necesidad de crear en la región catalana Dispensarios, hospitales suburbanos, sanatorios de altura, sanatorios marítimos y pabellones especiales en los hospitales generales para luchar con éxito contra la terrible plaga tuberculosa. Inútil es añadir con lo apuntado que el lector encontrará datos muy interesantes referentes á cada uno de los temas enunciados.

VI

Folleto de 76 páginas es el presente, el cual ostenta el galardón de haber obtenido el premio del Colegio de Médicos, en lo juegos florales celebrados en Albacete el año 1902. El epígrafe *Sobre tuberculosis*, no es más que una abstracción del tema concreto enunciado por el Colegio de Médicos, que sirve al autor para hacer gala de sus grandes conocimientos médicos en general, y en particular de una gran adhesión á las sanas doctrinas de nuestro sabio é inmortal Letamendi, reduciendo, con bastante arte y no menos cuidado, á muy pocas páginas lo que corresponde de un modo directo al referido tema.

VII

Ocupa 72 páginas esta publicación, que contiene la conferencia que el infatigable é inteligente Dr. D Luis Fatás, dió en el Círculo Democrático, precedida de una carta hermosa, tanto en la forma como en el concepto, dirigida al ilustre hombre público D. José Canalejas

Dada la competencia reconocida en el Dr. Fatás y ganada en la buena lid de muy recomendables publicaciones, y de un modo particular á cuanto se refiere á la investigación y ordenación de cifras y á la deducción de sus legítimas consecuencias, no es de extrañar que en el presente trabajo se hayan puesto más de relieve sus envidiables aptitudes y haya tratado, aunque dentro de los estrechos límites de espacio á que se veía obligado, el asunto de la defensa de la tuberculosis, bajo todos sus principales aspectos con una ilustración poco común.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 20 de Mayo de 1905.

Resección del estómago.—El Dr. *San Martín* dice: Que tratando en la sesión anterior del diagnóstico del cáncer había comparado el de la mama con el del estómago, y que precisamente se había confirmado en dicha comparación en el presente día, por haber acudido á su consulta dos señoras, una de las cuales tenía un tumor en la mama de cuatro años de existencia apreciable y la otra una afección del estómago de dos años de antigüedad, habiéndose formado una idea más clara del cáncer del estómago que del tumor de la mama, á pesar de estar éste compuesto de tres ó cuatro glóbulos muy duros, etc., pero no se atreve á decir que no sea un caso consecutivo á adenitis por la lactancia. En cambio, el otro caso se refiere á una neoplasia de la que hay algunos síntomas de tumoración y otros que no dan lugar á duda acerca del diagnóstico, del pronóstico y hasta del género de intervención á que puede dar lugar.

Que en el diagnóstico del cáncer del estómago, el sitio tiene más importancia que la naturaleza del mismo, y en cuanto al sitio, opina que debe distinguirse el cáncer pilórico y el coronario.

Que el diagnóstico del carcinoma del estómago necesita más que el diagnóstico de otras afecciones cancerosas, ó un número muy limitado de síntomas muy congruentes ó una serie casi interminable de síntomas con incongruencia; es decir, que con tres ó cuatro síntomas hay bastante para diagnosticar, pero si son congruentes, cuando esto no sucede, es difícil establecer la congruencia. Esta congruencia de los síntomas gástricos en general puede resumirse, en mi opinión, en el mecanismo, en la tumoración, en el quimismo y en la caquexia.

Respecto á no haber practicado el segundo tiempo de la operación, manifiesta que la inanición en el cáncer del estómago es debida á la estenosis, de modo que antes que el cáncer pudiera producir lesiones graves, ha producido una imposibilidad de alimentación, y por consiguiente, una inanición; que en el cáncer coronario no sucede lo mismo, porque como hay incontinencia, pasa el alimento al intestino y se mantiene el enfermo bastante bien. Que en su enferma creyó que se trataba de un cáncer pilórico muy extendido y se decidió á hacer la operación en dos tiempos para ver si podía nutrirla en dos ó tres semanas, pero que no se nutrió lo bastante para el segundo tiempo, pero que no se preocupaba por el colapso, sino por otras complicaciones de que ya había tratado. Que la retracción le impidió proceder al segundo tiempo, porque la atribuía á un estado de aquilia del estómago remanente, teniendo una predisposición al cáncer difuso que lo hiciera retoñar en la parte sana que había dejado, de modo que no practicó el segundo tiempo de la operación por miedo á la parte sana. Que afortunadamente sus dudas fueron desapareciendo, puesto que cuando presentó á la enferma pudo convencerse la Academia de que estaba mejor nutrida. Que temió que hubieran podido formarse adherencias y que la operación no pudiera ser tan radical como quisiera. Que tuvo otro tercer motivo para no practicar el segundo tiempo, y es que estos enfermos no mueren por cáncer de estómago, temiendo que su enferma muriera por metastasis.

Cita la estadística de Krönlein por lo que se refiere á dos clases de observaciones terapéuticas del cáncer del estómago, y otra de Kocher por lo referente á la gastrectomía. Que Krönlein recogió de 1881 á 1902, 264 casos de cáncer de estómago, de los cuales 57 se dejaron operar; 72 fueron motivo de una laparotomía exploradora; 74 fueron gastrico-enteromizados, y en 50 se pracicó la resección de estómago, resultando que los no operados vivieron por término medio doce meses, los de gastrectomía vivieron tres meses y medio más, los de resección de estómago alcanzaron catorce meses más y Krönlein tenía, además, uno de ocho años, otro de cuatro, tres de dos y seis de un año; que estas estadísticas merecen ser comparadas con otras de Kocher muy recientes, en que un enfermo que fué operado de resección de estómago cuando tenía cincuenta y ocho años y que lleva dieciséis años después de la operación, es la fecha más ventajosa que conocen, citando otro de trece años, otro de siete, otro de seis, cuatro de cinco, tres de dos y seis de uno.

Que según la estadística de Krönlein había resecado el estómago en que todavía no había desaparecido el ácido clorhídrico en 20 casos con 15 por 100 de mortalidad. Con ácido láctico había operado seis casos con 16 por 100 de mortalidad, y en estómagos ya anácidos, las operaciones, que fueron 21, die-

ron un resultado de un 27 por 100. De manera que en estas estadísticas de estómago no hay amontonamiento de cifras, como se había dicho; y respecto á la estadística de Krönlein, dice que no la hay análoga en Medicina interna.

Respecto á las indicaciones operatorias en el estómago, manifiesta que tiene hecha su composición de lugar, obteniéndola de los datos de un cirujano y de otros, de un médico; que el cirujano que ha elegido para dicha composición de lugar es Mickulicz, y el médico Tabara. Mickulicz defiende la intervención operatoria del estómago, cuando el cáncer está en buen sitio y no tiene mucha extensión, y aun siendo mucha la extensión del cáncer, si hay un buen estado general y sin estenosis, se puede operar. Que seguro de que esta opinión de Mickulicz no había de ser aceptada por todos, se atreve (el Dr. San Martín) á poner sus reparos á esta indicación. Que á la primera indicación ningún reparo tiene que oponer; pero en cuanto á que no habiendo estenosis no se deba operar ¿para cuándo se dejan las operaciones de estómago? Que aunque Mickulicz ha declarado que la resección de estómago carece de porvenir, él opina que no sólo tiene porvenir, sino que la considera como el único medio.

Que si se espera en el cáncer del estómago á que haya un buen estado general, seguramente no habrá ocasión de operar, y que éste es el punto que puede considerarse hoy en litigio en la cirugía gástrica.

Que la cirugía radical del estómago debe reducirse á la extirpación de los cánceres pilóricos.

Que Mickulicz se siente inclinado á considerar al cáncer coronario como inoperable, opinando él que no, pues que las extirpaciones generales se refieren casi siempre á cáncer coronario.

En cuanto al diagnóstico médico de Tobara, que dice: ¿hipoacidez y sedimentación? Pues gastro enterostomía, ó por lo menos gastrectomía. ¿Hipoacidez, pero también retención de 200 á 300 gramos de ácido? Pues entonces, á lo sumo, abstenerse por completo de la operación.

Que á esta indicación también opone reparos, pues que á su juicio, no debe plantearse así, porque esto se refiere á cáncer confirmado y merece la pena de hacer un trabajo de recopilación para hacer la indicación de la laparotomía exploradora y después la indicación de la gastrectomía.

El Dr. *Jiménez* dice que habiendo poca diferencia de tiempo entre la operación total y la efectuada en un primer tiempo, no se explicaba cómo el Dr. San Martín no abordó la primera; que en su opinión lo que debía procurarse era la perfección, simplificando los métodos y procedimientos, así como el instrumental, debiendo aspirarse á la seguridad y rapidez en el acto quirúrgico; que rechaza todo procedimiento largo, fundándose en los resultados obtenidos en su clínica; que todas las operaciones largas son mal toleradas por el organismo, y que respetando la opinión del Dr. San Martín de que los enfermos no mueren por colapso, él ha sido más desgraciado, pues que ha tenido ocasión de observar este síntoma, tan alarmante para la vida del enfermo; que el éxito operatorio no se debe tanto á la anestesia y á la antisepsia como á la perfección de las suturas en estos casos.

Respecto á las indicaciones quirúrgicas, que no admite en el cáncer del

estómago más que la gastro-enterostomía, ó de lo contrario, no hacer nada, pues en el cáncer del estómago no cabe más que la resección, no siendo, por tanto, partidario de la gastro-enterostomía, y que si á veces con la laparotomía exploradora suelen experimentar alivio los enfermos, luego continúa la enfermedad su marcha ordinaria.

Fijándose en lo difícil del diagnóstico en las operaciones gástricas, presenta un enfermo diagnosticado por el Dr. González Campo de cáncer gástrico, con todo su cuadro sintomático conocido, y que una vez operado pudo apreciarse que lo que el enfermo tenía era una induración hipertrófica, habiendo curado el enfermo que, como vió la Academia, se encontraba en buen estado.

Que le llama la atención que el Dr. San Martín no haya hecho una aplicación total de todos estos argumentos al terreno de la práctica, habiendo hecho el Dr. San Martín sólo una exclusión incompleta para dejar una fístula y poder alimentar á la enferma, no haciéndolo, sin embargo, hasta los tres días, y aunque al cabo de ese tiempo todos los que han hecho gastrectomías saben que puede alimentarse á los enfermos. Que el objeto de la fístula era hacer una boca artificial, pareciéndole, por otra parte, que no había gran necesidad de esto, pues que con la seroterapia á las veinticuatro, cuarenta y ocho y setenta y dos horas, se sostienen bien los enfermos.

PERIÓDICOS

Nuevas aplicaciones del fenosalil. — El distinguido terapeuta Dr. Pérez Noguera ha publicado en *La Clínica moderna*, de Zaragoza, el siguiente artículo:

«Se da el nombre de fenosalil á una mezcla de fenol y ácido salicílico, introducida en terapéutica por Christmas el año 1892. Su preparación es tan sencilla, que puede efectuarse extemporáneamente en todas las farmacias, con sólo calentar, en cápsula de porcelana hasta completa liquefacción, 70 partes de ácido fénico cristalizado con 8 de ácido salicílico y 16 de ácido láctico, añadiendo en seguida 1 de mentol y 5 de esencia de eucaliptus.

Se obtiene de este modo un líquido incoloro, transparente, de olor fuerte no desagradable, bastante soluble en agua fría (1 por 20), pero mucho más soluble en el alcohol, que disfruta de propiedades antisépticas tan constantes y acentuadas como las del bicloruro hidrargírico, pero teniendo sobre este último compuesto de mercurio la ventaja importantísima de su menor toxicidad.

Bajo forma de solución acuosa, desde 1 á 3 por 100, se ha venido empleando, con buenos resultados, en todos aquellos procesos quirúrgicos en que, no obstante hallarse muy indicadas las grandes irrigaciones con solución de sublimado al 1 por 1000, se tienen motivos suficientes para temer la aparición de fenómenos tóxicos, por reabsorción de cantidades relativamente elevadas de dicha sal mercurial. Tal sucede, por ejemplo, con los

grandes traumatismos, quemaduras múltiples ó muy extensas, flemones difusos supurados de toda una extremidad, superficie interna de la matriz después del parto, etc., etc., ó cuando el proceso morboso que tratamos de combatir se encuentra situado en puntos que pueden tener comunicación directa con el estómago, como ocurre con la boca y con las fosas nasales.

Muy recientemente, el Dr. Von Stein, después de haber llevado á término un detenido estudio clínico de la expresada droga y de haberla prescrito, casi siempre con buen éxito en muchísimos casos de diferente naturaleza, se cree autorizado para sostener que las principales indicaciones terapéuticas del fenosalil, los estados patológicos en que mayores beneficios proporciona, son la tuberculosis laríngea y ciertas enfermedades infecciosas del conducto auditivo externo y de las fosas nasales.

El referido Profesor ha hecho uso de las embrocaciones con solución glicerínada de fenosalil al 3 ó al 5 por 100 en 16 casos de lesiones tuberculosas de la laringe, obteniendo resultados sumamente satisfactorios, pues el dolor y la disfagia, que comenzaron á ceder desde el primer día de tratamiento, llegaron á disiparse casi en absoluto antes de terminar la primera semana, permitiendo la ingestión de toda clase de alimentos sólidos, y haciendo posible el sueño y el descanso. Las ulceraciones, cuando existían, se iban desecando rápidamente hasta su completa cicatrización dentro de un plazo más ó menos largo, según la antigüedad é importancia de las lesiones, y cuando se trataba de formas edematosas sin proceso ulcerativo concomitante, no era raro observar una disminución, cada vez más marcada, de los edemas y de las infiltraciones, hasta que lograba adquirir el cartílago aritenoides su primitivo volumen y recobraba la epiglotis su ordinaria movilidad. Sin embargo, en estas últimas formas, mucho más graves y rebeldes que las ulcerosas, la curación no llegaba jamás á ser completa.

Otro efecto muy digno de tenerse en cuenta es la rápida desaparición de la afonía; en unos casos recobrando los enfermos su tono de voz normal, y otras veces persistiendo la ronquera, pero siempre con posibilidad de hacerse entender y de hablar durante largo rato sin experimentar la menor fatiga. También disminuye considerablemente la expectoración y alivia en alto grado la disnea.

En el coriza agudo, el fenosalil, bajo forma de solución al 5 por 100, actúa, según Von Stein, como remedio abortivo practicando con dicha solución repetidas embrocaciones. Muchas personas que de ordinario se veían obligadas á soportar las grandes molestias de tan frecuente catarro durante varias semanas, conseguían librarse de él á las pocas horas de haberse efectuado la primera embrocación, pero como las referidas soluciones concentradas al 5 por 100 suelen resultar algo dolorosas, es necesario producir antes la anestesia de las fosas nasales por medio de una aplicación de cocaína.

Ciertos casos de rinitis atrófica que no se habían modificado bajo la influencia de la tintura de yodo ni del ácido tricloroacético, mejoraron considerablemente, gracias al empleo del fenosalil, y lo mismo ocurrió con un empiema de los senos y con varias faringitis agudas desarrolladas al mismo tiempo que el coriza, cuyo alivio no comenzó á manifestarse hasta después de haber empleado este último medicamento.

También ha curado algunos enfermos con supuraciones crónicas del oído, aliviando en otros muchos las lesiones determinantes de dicha formación de pus, pues no sólo disminuyó su cantidad desde las primeras aplicaciones, sino que hizo desaparecer al propio tiempo la insoportable fetidez que le caracteriza.

Ultimamente, nosotros mismos hemos ensayado las embrocaciones con solución glicerinada de este nuevo producto farmacológico (al 3 ó al 5 por 100, según la edad de los enfermos) en varios casos de angina pultácea de naturaleza estreptocócica, consecutivas algunas veces á la escarlatina, consiguiendo su completa curación en muy breve plazo. Siempre que hicimos uso de la segunda concentración, tuvimos buen cuidado de insensibilizar antes la faringe por medio de toques con solución acuosa de clorhidrato de cocaína al 2 por 100.

La fórmula antes expuesta para la preparación del fenosalil no es la verdadera de Christmas. Este Profesor prescribía únicamente nueve partes de ácido fénico con una de ácido salicílico, dos de ácido láctico y 0'10 de mentol, pero Combé considera ambas fórmulas como muy defectuosas desde el momento en que ambas terminan por precipitar numerosos cristales de ácido salicílico y ambas depositan pequeñas gotas de fenol en la superficie de las soluciones acuosas al 2 por 100.

Para evitar todos estos inconvenientes, propone el empleo de la glicerina y del borato de sosa, según se detalla en la fórmula siguiente:

Acido fénico cristalizado	60	gramos.
— láctico	5	—
— salicílico	5	—
Glicerina	20	—
Biborato sódico	8	—
Mentol	10	centígramos.
Eucaliptol	10	—
Timol	10	—

Disuélvase en caliente el borato de sosa con la glicerina, añádanse los tres ácidos, manteniendo entre tanto la mezcla á un calor suave, y agréguense después del enfriamiento las demás substancias.

El mismo autor ha recomendado esta otra mezcla:

Acido fénico níveo	50	gramos.
— láctico	5	—
— bórico	10	—
— benzóico	5	—
— salicílico	5	—
Glicerina neutra	25	—
Agua destilada	10	—
Magnesia calcinada	1	—
Mentol	10	centígramos.
Timol	10	—
Eucaliptol	10	—

Póngase en un matraz la glicerina con los ácidos bórico, benzóico y salicílico; después de disueltos á un suave calor, introdúzcase por pequeñas

porciones la magnesia calcinada; manténgase todo el fuego hasta que cese la efervescencia; añádanse entonces los ácidos fénico y láctico; déjese enfriar y agréguese el mentol, el timol y eucaptol.

Hé aquí ahora algunas recetas de las que forma parte el fenosalil:

Fenosalil	5 gramos.
Alcohol de menta	5 —
Esencia de ruda	1 gota.
Tintura benzóica	30 gramos.

Una cucharada en un vaso de agua para gargarismos, varias veces al día, contra la influenza.

Fenosalil	50 centígramos.
Subnitrato de bismuto	1 gramo.
Sulfato de quinina	1 —
Glicerina	25 —
Agua	100 —

Mézclese y agítese al usarlo. Contra la blenorragia; cuatro inyecciones diarias.

Fenosalil	50 centígramos.
Cloruro sódico	5 gramos.
Agua hervida	500 —

Para pulverizaciones bucales.

Fenosalil	1 gramo.
Glicerina	25 —
Alcohol de menta	5 —
Agua	250 —

Para la antisepsia de la boca y garganta.

Fenosalil	4 centígramos.
Sulfato de cobre	5 —
Agua destilada	10 —

Una gota dos veces contra el catarro conjuntival.

Fenosalil	1 gramo.
Glicerina	10 —
Esencia de menta	11 gotas.
Agua	100 gramos.

Para toques y gargarismos contra la faringitis.

Fenosalil	5 gramos.
Alcohol de coclearia	250 —
Tintura de benjuí	40 gotas.
Esencia de limón	5 —

Una cucharadita de las de café en un vaso de agua hervida tibia, como antiséptico de la boca».

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 13 de Junio de 1905.

De la alimentación en la tuberculosis experimental. — El Dr. Richet: El uso de la carne cocida en los perros tuberculosos determina rápidamente la desnutrición y la muerte. Se hizo una primera serie de experimentos en 12 perros, de los cuales 3 fueron exclusivamente mantenidos con carne cocida, 3 con carne cruda, 3 con queso y leche y 3 con legnmbres cocidas. Al cabo de un mes han sobrevivido 9 perros, siendo los 3 que murieron aquellos á los que se había alimentado exclusivamente con carne cocida.

En otra serie de experimentos se instituyó un régimen alterno: 3 perros fueron mantenidos con carne cocida y legumbres cocidas, 3 con carne cruda y legumbres cocidas y otros 3 con queso y legumbres. Al finalizar el mes, los tres primeros habían muerto. La carne cocida había producido una intoxicación que les quitó el apetito. Comparando los efectos de la carne cocida y del ayuno, se ve que los animales soportan mejor cinco días de éste que cinco días de carne cocida.

En resumen, en la tuberculosis experimental la carne cruda es el mejor alimento y la cocida el peor. No existen alimentos más profundamente distintos que la carne cruda y la cocida; ésta como alimento único es indiscutiblemente la más mala de todas las alimentaciones, y aquélla como alimento único indiscutiblemente la mejor.

Influencia nociva del velocipedisme y automovilismo sobre la visión y medios de remediarla. — El Dr. Chauvel, en nombre del Dr. Mirovitchs: Esta influencia nociva es debida, sobre todo en los velocipedistas que marchan á gran velocidad, á la posición anormal de la cabeza y á la posición forzada de los globos oculares para la visión á distancia. Menos evidente parece la acción de la compresión ejercida por el aire en el órgano visual. Además, todo el organismo se impresiona fuertemente en estos casos; el corazón, los pulmones, el cerebro y los ojos, experimentan los efectos nocivos.

Mirovitchs, para remediar los accidentes oculares, propone un sistema de anteojos que favorecen la circulación del aire. Estos aparatos no se utilizan generalmente más que por los conductores de automóviles, pues para los ciclistas resultan muy pesados. Por otra parte, dada la escasez de publicaciones y de observaciones sobre este asunto, convendría que los oculistas intervinieran en el estudio de esta cuestión.

Tratamiento quirúrgico del prolapso de la mucosa vesical. — El Dr. Berger: Este prolapso fué acompañado de crisis dolorosas en extremo violentas. El Dr. Villar practica la cistotomía suprapubiana, reseca los repliegues de la

mucosa que hacen hernia en el momento de la crisis y sutura. Después de los accidentes de supuración y de la producción de una fístula urinaria, que se cierra ella misma en diez días, la enferma curó rápidamente.

Después de consultar las diferentes hipótesis propuestas por los autores sobre la patogenia del prolapso de la mucosa vesical por la uretra, creo que siempre que sea posible, es mejor intervenir por las vías naturales.

De las enfermedades epidémicas. — El Dr. Fisinger: A propósito de la comunicación hecha en la sesión anterior por el Dr. Vaillard acerca de la morbilidad excesiva de fiebres eruptivas en el ejército, he de manifestar que los médicos encuentran en Francia grandes dificultades cuando tienen que tratar cuestiones de higiene con los Municipios, pues en estos casos interviene la política, entorpeciendo la aplicación de las medidas más necesarias, y á fin de oponerse á esto, sería conveniente que los médicos fuesen en estos casos apoyados por la Academia, así como también, si esto es posible, que la Academia pida la revisión de la ley de Sanidad pública.

El Dr. Brouardel: Muchas veces he reclamado en vano la creación de Inspectores de Sanidad pública de los departamentos, y efectivamente sería muy útil que la ley sobre enfermedades epidémicas fuese revisada y completada. — Codina Castellví.

CONGRESO INTERNACIONAL MÉDICO DE LOS ACCIDENTES DEL TRABAJO

Celebrado en Lieja del 22 de Mayo al 2 de Junio de 1905.

Primera cuestión — **Definir los accidentes del trabajo, según las disposiciones legislativas de los distintos países. Indicar para cada país las ventajas y los inconvenientes eventuales de esta definición, exclusivamente desde el punto de vista médico.** — El D. Thebault (de París): Procuro establecer una definición aplicable á todos los casos en los distintos países, sea cual fuere su legislación. Concluyo afirmando:

1.° Toda perturbación *primitiva* del organismo, que por causa del trabajo es producida por una *causa exterior* cualquiera de índole mecánica, física ó química, cuya *acción no se repite*, determina, desde el punto de vista médicolegal, un accidente del trabajo.

2.° Toda perturbación, etc., cuya *acción se repite*, determina una enfermedad profesional.

El Dr. Hooperberg (de Amsterdam): La ley holandesa, como todas las leyes, no especifica lo que debe entenderse por «accidente del trabajo». El Banco nacional de seguros—institución encargada por la ley de aplicarla—ha admitido desde el principio, que «un suceso repentino, en relación con el ejercicio de la profesión, que ha producido en el obrero una lesión física ó psíquica», debe ser considerado como un accidente, desde el punto de vista legal.

La ley neerlandesa considera la relación causal del accidente con el trabajo, de una manera mucho más amplia que la ley de otros países; se

limita á una simple relación con el ejercicio de la profesión. No es indispensable que el accidente se produzca en el sitio en que el obrero trabaja, ó durante el trabajo; toda relación con el trabajo es suficiente siempre que haya relación de causa á efecto.

El Dr. Poels (de Bruselas): El accidente es un ataque al organismo humano causado por la acción brusca de una fuerza exterior, dependiente de una fuerza debida á un suceso anormal, y lo mismo toda afección nerviosa y todo trastorno psíquico provocados por el mismo. Para que haya reparación se necesitan las condiciones siguientes: un accidente ocurrido á un obrero, ocupado por contrato de trabajo en las faenas comprendidas en la ley, que produce la muerte de la víctima ó la incapacidad para el trabajo durante más de ocho días, sin que haya habido fraude ó falta intencionada.

Debe entenderse por enfermedad profesional toda enfermedad considerada como frecuente en una profesión, y la que es debida de una manera clara á los riesgos de la profesión.

Finalmente, al lado de las enfermedades profesionales existen otras transmisibles á las que están expuestos todos los obreros, á causa de las condiciones especiales en que trabajan. Son las enfermedades ocasionadas por las necesidades del trabajo. Pueden citarse entre ellas la sífilis, la oftalmía blenorrágica, ciertas afecciones cutáneas, etc. Cuando estas enfermedades se contraen fuera de las condiciones consignadas en la definición del accidente, no pueden considerarse como accidentes del trabajo.

Segunda cuestión. — **¿Hasta qué punto es posible asimilar las enfermedades profesionales á los accidentes del trabajo propiamente dichos, teniendo en cuenta las disposiciones legislativas?** — Los Dres. Ollive y Le Meignen (de Nantes): Todas las enfermedades en las que el trabajo cotidiano desempeña un papel etiológico, sean precoces ó tardías, ligeras ó graves, deben ser consideradas como *enfermedades profesionales*. Estas son resultado de las condiciones ordinarias de la industria, y no es posible decir que en tal momento determinado se ha producido el hecho ocasional de que proceden. Al contrario, algunas enfermedades generales, cuyo origen es un hecho anormal, el carbunclo, por ejemplo, son accidentales y no profesionales. En la actualidad, ningún legislador se atrevería á asimilar la enfermedad accidental al accidente del trabajo.

Esta asimilación es imposible, á causa de la dificultad del diagnóstico positivo de un estado patológico. El cólico de plomo, por ejemplo, ¿no se ha confundido muchas veces con otra afección de síntoma abdominal? ¿Se trata de necrosis fosforada? En una estadística oficial de los Dres. Monod, Vallin y Magitot, éstos encontraron 18 casos dudosos en 47 observados, ó sea casi el 40 por 100. El diagnóstico etiológico es también dificilísimo. En efecto, una afección crónica no depende de una sola causa, y los factores auxiliares suelen desempeñar un papel importantísimo. En la arterio esclerosis, en la nefritis, pueden intervenir bastantes factores etiológicos. La dificultad con que tropieza el médico para conocer lo que pertenece á la profesión y á una ó varias infecciones anteriores, es insuperable.

Finalmente, la reparación de las enfermedades profesionales presenta otra dificultad grandísima: es la duración de la responsabilidad del empleado ó empleados sucesivos.

En resumen, la asimilación de las enfermedades profesionales á los accidentes del trabajo es imposible, á causa de la dificultad: 1.°, de diagnosticar la enfermedad; 2.°, de remontarse á su verdadero origen; y 3.°, de determinar la responsabilidad del empleado.

Toda ley que considere exclusivamente las enfermedades suplementarias profesionales, es mala é inaplicable. Una ley verdaderamente social debe considerar *todas* las enfermedades en *todos* los obreros.

El Dr. Gilbert (de Bruselas) (*Conclusiones*): 1.ª Las enfermedades profesionales y los accidentes del trabajo tienen un carácter común: el peligro profesional, entendido en el sentido de peligro que hace correr al obrero, para su salud y para su vida, el ejercicio normal de su profesión.

2.ª Las enfermedades profesionales, igual que los accidentes del trabajo, dan derecho á la indemnización.

3.ª En cuestión de accidentes, los patronos deben ser responsables en parte de los perjuicios ocasionados por las enfermedades profesionales. Su responsabilidad no llega más allá del círculo de las enfermedades que se supone sobrevienen por la ejecución del contrato de trabajo.

4.ª La intervención de los patronos en el pago de una prima destinada á indemnizar todas las enfermedades, está subordinada al grado de peligro profesional de la industria que explotan.

5.ª La ley belga sobre la reparación de los perjuicios causados por los accidentes del trabajo, no es aplicable á las enfermedades profesionales, pero las dificultades que se oponen á la redacción de una ley especial análoga á la precedente, no parecen insuperables.

Tercera cuestión.—**¿Hay casos en los que la hernia puede ser considerada como un accidente del trabajo?**—Los Dres. P. Fournaise y G. Berruyer (de París): La hernia puede ser considerada como un accidente del trabajo en dos casos:

1.° Si el accidente ó el esfuerzo á que se atribuye puede ser considerado como una causa exclusiva y suficiente de la lesión anatómica;

2.° Si el accidente ó el esfuerzo á que se atribuye ha desempeñado, al parecer, el papel de causa ocasional secundaria, dadas las predisposiciones anatómicas.

La hernia accidente, sin predisposiciones anatómicas, es una excepción rarísima, y su prueba evidente y manifiesta es difícil de demostrar; sería necesario haber reconocido al herido poco tiempo antes del accidente, y haber comprobado la integridad para afirmar que la lesión es imputable *sólo* al accidente. Los síntomas objetivos y los conmemorativos no son más que signos de presunción.

En la mayor parte de los casos, el traumatismo obra sólo como causa ocasional, secundaria, en los predispuestos.

En interés de los obreros y de los patronos, la única manera de precisar la parte que incumbe al accidente y, por lo tanto, á la indemnización á que el obrero puede tener derecho, es el examen sistemático de los obreros antes de su admisión, como se hace en las Compañías de los ferrocarriles y en las canteras, cuando han de hacerse trabajos bajo presión.

El Dr. Liniger (de Bonn): Para que se forme una hernia es necesario que haya predisposición; ésta se revela del modo siguiente: 1.°, el conduc-

to inguinal permite introducir con facilidad un dedo; 2.°, es muy corto; 3.°, sus paredes están adelgazadas. En 1.000 obreros reconocidos, 300, es decir, 33'9 por 100, presentaban predisposición ligera y 661 predisposición grandísima á la hernia.

La hernia inguinal se constituye de un modo progresivo, y después un accidente de poca importancia, estornudo, tos, etc., hace que aparezca debajo de la piel. En 275 hernias llamadas traumáticas que he examinado, sólo 5 eran de origen traumático, aunque 108 de ellas habían sido diagnosticadas como tales.

El Tribunal imperial de los seguros exige actualmente para reconocer el origen traumático de una hernia:

1.° Que el trabajo realizado haya excedido en intensidad al normal, ó bien que haya habido contusión directa de la región inguinal.

2.° El herido debe haber suspendido en seguida todo trabajo.

3.° Debe haber tenido trastornos graves que le hayan obligado á reclamar asistencia médica inmediatamente ó cuando más al otro día del accidente.

La hernia epigástrica es más frecuente que la crural; en la mayor parte de los casos no provoca trastorno alguno; rara vez es producida por un accidente.

El origen traumático de la hernia es todavía más raro; no se ha publicado un caso verdaderamente típico.

Respecto á la estrangulación, debe reconocerse como indemnizable toda la que es producida durante un trabajo que exige un esfuerzo anormal.

El Dr. Hannecart (de Bruselas): Voy á ocuparme: 1.°, de la hernia por accidente; 2.°, de la hernia preexistente agravada por un esfuerzo; 3.° de la hernia estrangulada.

1.° *Hernia por accidente.* — Es casi siempre una hernia de debilidad que aparece por esfuerzo; el accidente al que se culpa no es más que la circunstancia reveladora de una hernia preexistente; la responsabilidad del accidente debe atribuirse en realidad al estado de debilidad constitucional. En ciertos casos, rarísimos, la hernia por accidente es debida á un esfuerzo; va acompañada de un dolor agudo que obliga á interrumpir el trabajo, de una gran sensibilidad local, de hinchazón de la pared cerca del orificio herniario y de derrame sanguíneo. Finalmente, la tercera variedad es la hernia por eventración consecutiva á una herida, á una contusión ó á una ruptura muscular.

2.° *Hernia de debilidad agravada por esfuerzo.*—Entre los obreros, de cada 15 se encuentra 1 con hernia. Si la hernia se agrava durante el trabajo, la responsabilidad del patrón es lógicamente nula siempre que el obrero no haya hecho un esfuerzo exagerado; será completa si ha habido un accidente.

3.° *Hernia estrangulada.* — El patrón es responsable de la estrangulación herniaria que sobreviene á consecuencia de un esfuerzo.

El Dr. Mossel (de Groninque): Casi es increíble que una hernia se produzca repentinamente; en otras palabras, no es posible creer que una expansión del peritoneo se produzca de repente en el orificio interno del conducto inguinal bajo la presión de los intestinos. Este origen no concuerda

con la manera de ser de una hernia recién formada; están en contra suya los fenómenos clínicos que suelen observarse.

La aparición clínica de una hernia es la agravación de un mal preexistente, es la salida de un intestino por el anillo inguinal y su entrada en un saco herniario ya formada.

La cuestión de las hernias debe ser especificada en el seguro legal contra las enfermedades.

Si un asegurado sufre una lesión corporal durante un trabajo penoso que no es, sin embargo, excesivo para las fuerzas de un hombre sano y de constitución normal, y si la ejecución de este trabajo no ha sido más que una causa cooperativa, esta circunstancia no hace aplicable á su persona la noción «lesionado por un accidente en sentido legal».

El Dr. Van Hassel (de Pâturages): 1.° *Hay hernias agudas traumáticas* rarísimas que no llegan al 1 por 100. Son las producidas por violencias repentinas en sujetos no predispuestos y que van acompañadas de ruptura más ó menos extensa de las paredes musculares.

2.° *Hay hernias de fuerza.* — Son hernias de debilidad que existen en estado embrionario en los predispuestos y que se convierten en un momento dado en hernias agudas. Se comprueban al operar por ciertos detalles anatómicos y por la observación en condiciones determinadas.

3.° *Hay hernias de debilidad.* — Constituyen la mayoría de las que se observan. Son deformidades constitucionales transformadas poco á poco en enfermedades profesionales. Son hernias de las que no debe ocuparse la ley.

En las hernias traumáticas agudas la responsabilidad del empleado es completa y nula en las de debilidad. En las de fuerza la responsabilidad es proporcionada y variable.

Consideraciones sobre el histerotraumatismo. — El Dr. Verstraete (de Lille): El histerotraumatismo es el histerismo desarrollado bajo la influencia de un traumatismo. Existen signos ciertos que permiten diagnosticarle. Es patrimonio de los predispuestos. La intensidad y la naturaleza del traumatismo, la emoción experimentada en el momento de producirse, no tienen la influencia que suele atribuírseles. La influencia del traumatismo se limita de ordinario á marcar el sitio de las manifestaciones nerviosas. La autosugestión desempeña el único papel importante en la aparición de los accidentes nerviosos. Los histéricos de esta categoría están más predispuestos que los demás á las exageraciones, lo que suele ser la regla en la simulación. Todos los síntomas histéricos pueden ser simulados; es preciso, por lo tanto, ingeniarse en multiplicar los medios de descubrir la simulación.

El histerotraumatismo se modifica y puede terminar bajo la influencia de la satisfacción ó del despecho, que escapan á la acción medicoquirúrgica. Conviene aislar á los heridos.

La curación del histerotraumatismo es la regla, pero no puede predecirse la fecha. A veces sobrevienen recidivas á consecuencia de un nuevo traumatismo.

Para dejar á salvo todos los derechos, el perito necesita la posibilidad de la revisión jurídica sin limitación de tiempo y con libertad absoluta para poder observar de buena manera los casos siempre obscuros de histerotraumatismo.

Trastornos nerviosos y mentales consecutivos á los accidentes eléctricos.—El Dr. Eulenburg (de Berlín): Sea cual fuere el modo de producción de los accidentes eléctricos, el *sistema nervioso central* se afecta siempre más ó menos. Los trastornos que determinan son generales ó locales. Entre los primeros, merecen llamar la atención los que se observan en el personal del teléfono. Los trastornos locales son muy variables é interesan la sensibilidad general ó los órganos de los sentidos. Merecen citarse entre estos trastornos los estados de degeneración crónica grave del sistema nervioso central, que pueden tener relación causal inmediata con los accidentes eléctricos: esclerosis múltiple, tabes, parálisis general, demencia secundaria post traumática.

Trastornos nerviosos post operatorios y sus consecuencias desde el punto de vista de los accidentes del trabajo.— El Dr. *Regnier* (de París) se ocupó:

1.° De los trastornos nerviosos post traumáticos que sobrevienen en el momento del accidente y que son resultado inmediato de la herida.

2.° De los trastornos nerviosos que sobrevienen después y modifican más ó menos la evolución hasta el período de consolidación: hemiplegias, mielopatías, poliomielitis anterior, etc.

3.° Los trastornos tardíos provocados ó agravados por la herida: trastornos tróficos, neurosis.

Insistió acerca de la utilidad del electrodiagnóstico al principio y durante el curso del tratamiento como complemento del diagnóstico clínico y las comprobaciones de incapacidad permanente. Este procedimiento permite apreciar con exactitud la capacidad funcional de los músculos y de los nervios y descubrir á veces á los simuladores.

El Dr. Biondi (de Italia): Uno de los síntomas más constantes de las neurosis traumáticas es la astenia muscular que predomina casi en el lado del traumatismo. Otro signo bastante frecuente consiste en la coexistencia de una biperestesia dolorosa á la excitación eléctrica y la perfecta integridad de la sensibilidad al tacto, á la presión y á la temperatura.

Finalmente, en los casos graves la nutrición está muy alterada y los trastornos digestivos son notables.

Cuanto á los trastornos psíquicos, están caracterizados por astenia somática y psíquica con tendencia á la melancolía.

Creo que nada justifica la asimilación al histerismo de los síntomas sensitivomotores de las neurosis traumáticas.

Relaciones del traumatismo con las neurosis. — Los Dres. Cunéo (de París) y Jeanbray (de Montpellier): Si se incluye la tuberculosis entre las afecciones post traumáticas, es importantísimo resolver los dos problemas siguientes: 1.° ¿El accidente ha sido la causa determinante de esta tuberculosis, que sin él no habría sobrevenido? 2.° ¿El accidente es tan sólo revelador de una tuberculosis latente? Las estadísticas publicadas respecto á este asunto tienen poco valor, porque nada más fácil para el enfermo que encontrar entre sus antecedentes un traumatismo ó un esguince ligero en una articulación afectada de tumor blanco. Con mucha más razón un herido que ve en su lesión el pretexto para obtener una renta, afirmará que un accidente ha originado una artritis grave.

Las experiencias practicadas en los animales permiten afirmar que una

fractura, un esguince ó una contusión sin herida, repetida varias veces en un animal inoculado desde hace cierto tiempo, jamás ha producido un tumor blanco. El traumatismo nunca es, por lo tanto, en un animal en potencia de tuberculosis, productor, revelador ó agravador de un tumor blanco.

En resumen, los casos en que el traumatismo puede ser considerado como responsable en absoluto de la tuberculosis pulmonar, no son frecuentes: 7 á 5 por 1.000. Cuanto al papel etiológico de los traumatismos en los tumores blancos, puede comprenderse de tres maneras. El accidente revelador es clínicamente responsable: los casos de este género son raros; el traumatismo agrava ó revela una tuberculosis latente; es el caso más común. Por último, el traumatismo ha fijado la tuberculosis existente en el organismo lesionado; es también una rareza.

El Dr. Stobbaerts (de Bruselas): El traumatismo no crea la tuberculosis; ejerce á veces una acción cierta, innegable, sobre la evolución de las afecciones tuberculosas pulmonares ó extrapulmonares.

Si la tuberculosis era anterior al accidente, el traumatismo habrá podido agravar el estado anterior ó su efecto sobre su desarrollo habrá sido inseguro.

Si la tuberculosis estaba latente, el traumatismo la habrá despertado.

Consecuencias de las fracturas de la muñeca. — El Dr. *Rémy* (de París), fundándose en su valor pronóstico desde el punto de vista de las consecuencias sobre las funciones obreras de la mano, divide las fracturas de la muñeca en extracapsulares de la extremidad inferior del radio y en intracapsulares.

El pronóstico de la fractura de Pouteau con integridad articular es bastante favorable. Este pronóstico sólo puede agravarlo una gran deformación. Conviene, sin embargo, no dejarse impresionar demasiado por estas deformaciones; han permitido, antes de la publicación de la ley, á obreros que necesitaban desplegar gran fuerza, el uso del miembro afectado sin que disminuyera el salario.

La fractura intra-articular provoca la artritis, expone á rigideces y deja una deformidad importante. En este caso, el amasamiento de la articulación, la movilización manual ó mecanoterápica, están contraindicadas hasta que el dolor y el infarto desaparecen, porque es preferible una articulación algo rígida y no dolorosa á una artritis perpetua.

Diagnóstico de las fracturas del calcáneo. — El Dr. P. Fournaise (de París): Desde hace seis años he visto unos 150 casos de fractura del calcáneo. Estas fracturas, más frecuentes de lo que se creía antes, pueden dividirse en tres clases: 1.ª, fractura longitudinal; 2.ª, fractura transversal; 3.ª, fractura conminuta.

Los síntomas clínicos son infarto, dolor á la presión, desaparición de los huecos laterales del tendón de Aquiles, hundimiento más ó menos acentuado de la bóveda plantar y separación de la mortaja tibioperonea con equimosis submaleolares.

La pérdida que experimenta un obrero á consecuencia de la fractura del calcáneo varía según la edad y la especie de lesión. En general, varía entre 25 y 50 por 100, según se interesen uno solo ó los dos huesos.

El Dr. *Rémy* (de París) describió un procedimiento que permite obtener por los rayos X una imagen perfecta del calcáneo; la placa se coloca en el suelo á poca distancia de un muro, contra el cual se apoya el enfermo, que coloca sobre la placa sus dos piés, los talones próximos uno á otro y en posición simétrica. La ampolla se coloca sobre el plano vertical de separación de los dos piés, lo más cerca posible de la vertical, á contar de su parte anterior. Por este procedimiento se hace evidente la deformación mas insignificante.

Datos para el estudio de las picaduras de los peces. — El Dr. Thébault (de París): Las picaduras de los peces suelen producir efectos desastrosos. En 12 casos que he visto en un año, he necesitado practicar cuatro veces la amputación del dedo picado. En 304 casos obtuve la curación con anquilosis y una vez el enfermo murió en menos de veinticuatro horas.

Medición del campo visual en las afecciones nerviosas traumáticas.—El doctor *Coppez* (de Bruselas): 1.° La perimetría del blanco suministra datos interesantes en los casos de histerismo traumático. Se nota como característicos la estrechez concéntrica del campo visual, la conservación de la orientación, la extensión constante por exámenes hechos á distancias diferentes, el cansancio, la variabilidad de un día á otro y hasta de una hora á otra.

2.° La perimetría de los colores es mucho más delicada. Reclama condiciones de experimentación que rara vez pueden reunirse. La inversión del azul y del rojo no es quizá tan frecuente como se ha creído. Es preciso ser prudentes respecto á las conclusiones deducidas de este examen.

Laxitud articular post traumática.—El Dr. Riedinger (de Wurzburgo): La laxitud articular post traumática es *primaria* cuando sobreviene en el momento del traumatismo. La *secundaria*, la más frecuente, depende más que del traumatismo de la distensión, de la cápsula y de los ligamentos que se desarrollan poco á poco después de la lesión. Sus causas son las siguientes: la distensión de la cápsula y de los ligamentos por derrames ó desgarros; la distensión de la cápsula y de los ligamentos por la extensión prolongada de la articulación; el esguince recidivante; la distensión y la atrofia de los músculos, el desprendimiento epifisario traumático.

El tratamiento es preventivo. Consiste en las fracturas, en colocar debidamente la articulación, para evitar las dislocaciones; en los esguinces, en hacer que desaparezca el exudado lo antes posible.

Pié doloroso post traumático. — El Dr. Schauz (de Dresde): El pié plano post traumático es relativamente frecuente; produce síntomas análogos por completo á los del pié plano de los adolescentes y exige un tratamiento ortopédico apropiado.

Flemones y su tratamiento por el método en caballete de violín. — El doctor Thébault (de París): El procedimiento que recomiendo tiene la ventaja de evitar, sobre todo en los flemones del miembro inferior, los grandes destrozos, las cicatrices adherentes, etc.

1.° Incisión de la piel y del tejido celular hasta la aponeurosis de envoltura del miembro.

2.° Abandonando entonces el instrumento cortante, se desgarra con la sonda ó con el dedo, según el caso, y se penetra debajo de los músculos abriendo una galería intermuscular que se agranda después á voluntad con

una pinza. Esta se abre todo lo más posible rechazando vasos y nervios sin temor á lesionarlos.

3.° Después de abrir un trayecto oblicuo inframuscular se hace sobre la pinza una incisión en el lado opuesto. Se coge entonces con la pinza un tubo de desagüe lo más grueso posible y se extrae la pinza que deja colocado el tubo.

Ensayo de una clasificación de los traumatismos debidos á los accidentes del trabajo. — El Dr. *Thébault* propuso una clasificación de los traumatismos. Considera ante todo las afecciones primitivas. Por ejemplo: contusiones, picaduras, quemaduras, luxaciones, fracturas, etc.

El segundo grupo comprende las afecciones secundarias, que divide en complicaciones, consecuencias y subconsecuencias.

Las complicaciones son afecciones patológicas casi siempre médicas, que se desarrollan bajo la influencia de un traumatismo accidental y á la vez que éste aunque no tienen con él relación alguna de causa á efecto.

Las consecuencias son afecciones médicas ó quirúrgicas, que aparecen antes de curar el accidente quirúrgico, con el que están en relación.

Las subconsecuencias son afecciones que sobrevienen después de la curación del accidente: contracturas, diabetes, neuritis, etc.

Psicología de las razas en sus relaciones con los accidentes del trabajo.— El Dr. *Blind* (de Estrasburgo), planteó el problema siguiente: ¿Las diversas razas presentan una reacción psíquica diferente para los accidentes del trabajo? Sus observaciones recaen en 806 alsacianos, 99 alsacianas y 51 italianos, todos de más de veinte años y de menos de sesenta.

Se observaron diferentes formas de neurosis traumáticas, en el 6'6 por 100 de alsacianos, en el 12'1 por 100 de alsacianas y en el 39'2 por 100 de italianos.

Esta preponderancia de neurosis traumática en los obreros italianos, es debida indudablemente á una predisposición en la raza latina para estas enfermedades.

La simulación y las agravaciones voluntarias de las consecuencias de los accidentes.—El Dr. *Bienfait* (de Lieja) estudió los medios de reconocer la simulación de los diferentes síntomas morbosos y en particular del dolor. En ciertos casos conviene tapar los ojos del enfermo; la existencia del signo pupilar, es decir, de la dilatación de la pupila cuando se comprime con fuerza sobre un punto doloroso, es un signo de seguridad; el signo de Mannkopf, que consiste en el aumento del número de pulsaciones al comprimir sobre una región dolorosa, presta también grandes servicios.

Cuando se trata de paresias y de parálisis, es preciso buscar la reacción de degeneración, la reacción ondulante de Rumpf, hacer la prueba de los movimientos sintéticos, la contracción paradógica de los antagonistas, etc.

Expuso después los medios para descubrir la simulación en los casos de contractura, de desviaciones de la columna vertebral, de artritis, de neurosis traumáticas, de trastornos de la sensibilidad, del aparato visual y de la sordera.

El Dr. *Sand* (de Bruselas) revisó los medios que se emplean para descubrir los casos sospechosos. Cree que la simulación es mucho menos frecuente de lo que podría creerse. Cuando faltan los elementos de una convicción

profunda, el perito debe dejar su diagnóstico en suspenso. «Concluir sin pruebas suficientes, es faltar no sólo á las reglas científicas, sino á lo que manda la honradez».

Profilaxis en cuestión de accidentes del trabajo.—El Dr. Jeanbrau (de Montpellier): ¿Un herido puede rehusar la inyección preventiva de suero antitetánico?

Si el caso se presenta, el médico, después de haber agotado todos los medios de persuasión, debe hacer firmar al herido su negativa ante dos testigos. De este modo pondrá á salvo su interés personal, el del herido y el del patrono, y contribuirá, en cierto modo, á educar á la clase obrera.

El informe médico en cuestión de accidentes del trabajo.— El Dr. *Rémy* cree que el cálculo de las consecuencias de una herida debe ser proporcionado á la pérdida funcional de las partes lesionadas. Ha formado con este objeto un cuadro que debe ser consultado en estos casos para saber el número de funciones abolidas y el de las conservadas. Si la pérdida es de la mitad, por ejemplo, basta dividir por dos la cifra convenida del valor obrero de la región para obtener el cálculo de la indemnización.

El Dr. *Nuel* estudió la capacidad dé concurrencia en el cálculo de los perjuicios causados por los accidentes del trabajo, es decir, la facilidad individual mayor ó menor que tiene el obrero para trabajar después de un accidente que ha producido una lesión. Esta capacidad de concurrencia es independiente en absoluto de la del trabajo y debe considerarse por separado.

El Dr. *Dearden* (de Londres) dijo que en Inglaterra los accidentes del trabajo están divididos en cinco clases, que corresponden á los diferentes departamentos gubernamentales encargados de la vigilancia de estas industrias y á las secciones del Parlamento que se relacionan con ellas. Son: 1.ª, minas y canteras; 2.ª, ferrocarriles; 3.ª, ingeniería civil; 4.ª, marina mercante; 5.ª, talleres y fábricas, etc. La última categoría comprende una clase muy numerosa de accidentes para los que la información se hace en veinticuatro horas, en el lugar mismo del suceso, por un médico perito. El Reino Unido está dividido en 2.000 distritos, en cada uno de los cuales hay un cirujano perito encargado de hacer el informe.

Médico del accidente del trabajo. — El Dr. *Nuel* expuso las ventajas de la libre elección del médico por parte del obrero, lamentando que la Cámara belga haya rehusado este derecho que la ley concede en otros países.

Promovióse con este motivo una discusión, á consecuencia de la cual se presentó al Congreso el siguiente voto:

«El Congreso internacional médico de los accidentes del trabajo propone que la libre elección del médico por la víctima de un accidente del trabajo sea suscrita en la legislación referente á la reparación de los accidentes del trabajo en todos los países».

Fué votado por gran número de congresistas, absteniéndose de hacerlo los médicos de los países en que el seguro obligatorio está organizado por el Estado.—(*Le Bulletin Medical*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 28 de Junio de 1905.

Tumor cerebeloso-pontino.—El Dr. M. Borchardt: Una mujer de cuarenta y cinco años tenía desde hacía cosa de un año síntomas de tumor cerebeloso, combinado con una afección unilateral de los nervios cerebrales v, vii y viii. En vista de estos datos, diagnosticó Oppenheim un tumor de la fosa craneal posterior derecha, tumor que debió haber interesado al cerebelo y al puente (neuroma acústico). En la región de la línea superior derecha de la nuca tallé un colgajo de partes blandas, que invertí hacia abajo, y quité un gran trozo do la escama derecha del occipital y casi todo el oído interno. Con el escoplo seguí trabajando hasta llegar al orificio del conducto auditivo interno, seccioné los nervios facial y acústico, incindí la duramadre, ligué el seno transverso y tropecé entonces con un tumor que radicaba exactamente en el ángulo que forman el puente y el cerebelo. Extirpé el tumor que, como era muy vascular, fué necesario hacerlo en varios actos. A las veintiséis horas la enferma aún se hallaba en todo su conocimiento; después sucumbió de edema pulmonar.

Es de creer que este edema habrá sido producido por la presión ejercida por un tapón sobre la médula oblongada; tapón que fué necesario colocar, y bastante apretado, para cohibir la abundante hemorragia.

Tratamiento con el radio. — El Dr. *Lassar* ensalza la sencillez y falta de peligro del tratamiento con el radio, sobre todo si se compara con la aplicación de los rayos X. Presenta después una serie de enfermos, casi todos ellos con cancroides en la cara, y en los que el tumor se ha curado por completo ó se halla todavía en tratamiento, pero ya muy mejorado. La cápsula de radio se fija muy bien por medio de una substancia adhesiva al sitio enfermo durante media hora; estas sesiones se repiten tres veces por semana, y con este tratamiento se continúa durante tres semanas. Con este procedimiento no se forman nunca úlceras profundas, y si se trata de defectos pequeños y superficiales, éstos se curan rápidamente. En algún caso se puede combinar el uso del radio con la administración del arsénico al interior.

Cuando se insiste mucho en el empleo de los rayos X, cree el autor haber observado alguna vez una acción nociva sobre el sistema nervioso, que no se presenta cuando se emplea el radio.

El Dr. *Blaschko* hace notar que por medio del radio se consigue también hacer desaparecer otras dermatosis circunscritas de naturaleza benigna. El único inconveniente de este tratamiento consiste tan sólo en que las cápsulas de radio no afectan más que á porciones muy pequeñas de la piel. Para obviar este inconveniente ha hecho preparar Beiersdorf un emplasto que contiene radio, de acción muy suave, y que, por lo tanto, puede aplicarse por mucho tiempo. De este modo se consigue también la curación, verbigracia, de placas de psoriasis aisladas y muy rebeldes.

Modo de combatir las enfermedades infecciosas y muy especialmente en la ciudad de Nueva York.—El Dr. *Wasermann* hace notar que las investigacio-

nes bacteriológicas modernas nos han demostrado que en la lucha contra las enfermedades infecciosas, nuestras medidas de desinfección deben dirigirse, en primer término, hacia el hombre mismo. Este, aun después de mucho tiempo de convalecencia, y los que le rodean, aunque no estén enfermos, pueden continuar por mucho tiempo siendo portadores del contagio y contribuir de este modo á la ulterior propagación de la infección. De aquí que una desinfección racional debe dirigirse, no tan sólo, como se viene haciendo hasta ahora contra la habitación y el material inanimado; es preciso que se sometan á una fiscalización bacteriológica á los habitantes del local respectivo. Sólo cuando todas las personas ya no contienen ningún germen patógeno, es cuando se puede considerar como extinguido el peligro del contagio.

El autor describe de qué manera la Sanidad de Nueva York es enterada en el acto por los mismos médicos de todos los casos que ocurren de enfermedades infecciosas, incluyéndose en éstas la tuberculosis; cómo se encarga gratuítamente de llevar á cabo investigaciones bacteriológicas y microscópicas; cómo también, cuando estas investigaciones dan resultado positivo, procede siempre de acuerdo con el médico de cabecera á establecer la ulterior vigilancia higiénica del enfermo, de sus allegados y de la vivienda donde habitan. Por medio de carteles, que se fijan en el domicilio del paciente, se llama la atención de las demás personas, acerca del hecho de haberse presentado en dicho domicilio una enfermedad infecciosa, previniéndoles que no penetren en dicho domicilio. Dichos carteles no se quitan hasta que se ha comprobado con seguridad, por medio de la investigación bacteriológica, que ha pasado todo peligro. Cuando las condiciones de la vivienda son insuficientes, y en Nueva York hay viviendas cuyo estado es mucho más deplorable que el de las nuestras, se traslada el enfermo al hospital.

Así se ha conseguido disminuir de un modo considerable la morbilidad, no obstante las condiciones higiénicas sumamente desfavorables en que llegan inmigrantes procedentes de las clases más ínfimas de la sociedad, y que carecen de toda educación sanitaria.

El autor termina manifestando su confianza, en que nuestra sociedad, donde vive y trabaja Roberto Koch, el fundador de la bacteriología y de la epidemiología modernas, no habrá de tardar mucho en adoptar determinaciones análogas para combatir con éxito contra las enfermedades infecciosas. — (*Deutsche Medizinal-Zeitung*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Estudio comparado de los medicamentos cardíacos.—La digital, dice el doctor Finley Ellingwood, suele emplearse indistintamente en todas las enfermedades del corazón. Es un error grave que puede ocasionar consecuencias funestas. Está indicada cuando es el pulso rápido, débil y depresible, cuando el enfermo tiene tos ó cianosis, cuando hay disnea ó edema que van

acompañados de insuficiencia de las válvulas aórticas ó de estrechez de este orificio. Está contraindicada si el pulso es duro, lleno y lento, ó si hay degeneración grasienta del corazón ó estenosis arterial.

El *cactus grandiflorus* es más útil que la digital en los casos de debilidad cardíaca, debida á la nutrición deficiente del corazón. Está indicada cuando las contracciones cardíacas son irregulares ó tumultuosas por debilidad del enfermo, pero no si estos fenómenos son debidos á la exaltación pasajera de la acción vital. En estos casos, el gelsemium ejerce una acción específica sobre el corazón, porque calma la excitabilidad nerviosa y normaliza el ritmo de este órgano.

El estrofanto obra sobre la fibra muscular del corazón como lo hace el cornezuelo sobre la del útero. Produce la contractilidad por irritación muscular. Es útil en la dilatación cardíaca. La insuficiencia valvular de estos casos mejora con el estrofanto, aunque sólo sea temporalmente. Puede combinarse con el cactus, la avena sativa ó el fósforo. En los casos de dilatación cardíaca excesiva ó cuando hay ateroma, es conveniente combinarle con el *cratægus*.

El *cratægus* es útil en los casos crónicos con insuficiencia valvular acentuada, y sobre todo cuando hay tendencia á la degeneración ateromatosa. Debe administrarse á la dosis de 3 á 4 gotas de extracto fluído. Es utilísimo en los trastornos cardíacos que se producen con rapidez en los jóvenes de temperamento nervioso y excitables. Cuando la extenuación es completa y el enfermo tiene palpitaciones continuas, dificultad para respirar y se debilitan en cuanto hacen el menor ejercicio, el *cratægus* produce resultados maravillosos.

La convalaria regula las funciones cardíacas cuando depende de una irritación refleja. Mejora á la vez la nutrición del corazón. Disminuye el número de pulsaciones, aumenta la presión sanguínea y la tonicidad arterial, corrige la disnea y facilita la respiración, notando el enfermo una sensación de bienestar. Estos resultados se obtienen también con la convalaria sola ó combinada con otros sedantes en la dilatación ó degeneración grasienta del corazón ó en el hidropericardias. Calma el sistema nervioso, y produce un sueño tranquilo.

El *apocynum cannabinum* es útil en los casos de debilidad general con hidropesía que depende de la rotura de la compensación, sea el pulso rápido ó débil. Está indicada también en los casos de hidropericardias.

La esparteína es un tónico cardíaco en una clase dada de casos y si se administra de buena manera es el mejor remedio. Cuando los latidos del corazón son desiguales en fuerza, cuando el ritmo está trastornado, suele producir el alivio rápido, sean rápidas ó lentas las contracciones cardíacas, haya estenosis ó insuficiencia valvular ó las dos.

La estricnina está indicada en los casos de parálisis inminente del corazón. Es útil en la nutrición deficiente de este órgano. Puede administrarse con los tónicos cardíacos, en particular con el arsénico. El arsenito de estricnina es de gran utilidad.

El bromuro de estroncio no es un medicamento cardíaco directo, pero hay muchos casos de irritabilidad del corazón en los que la irritación aumenta por todo medicamento que irrita el estómago ó por la irritabilidad

gástrica si existe ya. En estos casos, dicho bromuro es utilísimo combinado con el *cactus*, el *hydrastis canadensis*, y en ciertos casos, con el bismuto. Puede administrarse á la dosis de 48 á 90 centígramos. En los casos de irritabilidad nerviosa general con irregularidad de las contracciones cardíacas, fenómenos que dependen de un trastorno gástrico crónico, el bromuro de estroncio produce resultados satisfactorios.

(*The Therapeutic Gazette*, 15 abril 1905).—F. Toledo.

Significación fisiológica de la radio-actividad de las aguas minerales. — Los Dres. Bergell y Bickel (de Berlín), han dado cuenta en el último Congreso alemán de Medicina interna de sus investigaciones acerca de este asunto.

Sabido es que un gran número de aguas minerales contienen emanaciones de radio, las cuales desaparecen muy pronto en cuanto el agua sale del manantial, siendo ésta la causa de que las aguas minerales exportadas carezcan por completo de radio-actividad.

Ahora bien, empleando un procedimiento especial se puede hacer que cualquier agua mineral vuelva á emitir emanaciones radio-activas, recobrando de esta suerte las propiedades que había perdido.

De las investigaciones practicadas por los autores acerca de la influencia de las aguas de Wiesbaden, manantial, Kochbrunnen, con ó sin emanaciones radio-activas, ha resultado que la emanación de radio paraliza más ó menos la influencia inhibitoria que ejercen las aguas cloruradosódicas sobre la digestión gástrica, y que dicha emanación hace más activos los efectos de la pepsina. Estos hechos se observan lo mismo con el agua que aún posee su radio-actividad natural que con aquella á la que se le ha añadido artificialmente esta emanación.

El Dr. Magnus-Levy (de Berlín) propone restablecer la emanación de radio que han perdido las aguas minerales embotelladas por medio de la radiación.

El Dr. His (de Basilea) le contesta que, según las investigaciones de los Dres. Geisler y Elster, las substancias radio-activas donde más abundan es en el aire de las cuevas, y donde más escasean es en las playas.

(*Zentralblatt für innere Medizin*). — R del Valle.

Prurito del ano y su tratamiento. — La causa más común del prurito del ano, dice el Dr. F. C. Wallis, es debida á una ulceración localizada entre los dos esfínteres, casi siempre en la pared posterior del recto. Para curarle, se anestesia la mucosa rectal con cocaína ó eucaína y se cauteriza la úlcera y las grietas que existan con ácido láctico ó el termocauterio. Si es necesario dilatar el esfínter, conviene cloroformizar ligeramente al enfermo. Terminada la cloroformización, se introduce en el recto un supositorio de morfina, se espolvorea el periné con una mezcla de almidón y de óxido de zinc y se aplica un vendaje en T. El enfermo guardará cama, y á los tres días de la operación se le administra un purgante ligero. Si la úlcera es circular, como ocurre en ciertos casos, se extirpa toda la parte inferior de la mucosa y se sutura con catgut la parte superior de la herida y la mucosa de la margen del ano.—(*British Med. Journal*, 13 mayo 1905).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGIA PRÁCTICAS

LA MUERTE Y LOS ACCIDENTES

PRODUCIDOS POR LAS CORRIENTES ELÉCTRICAS INDUSTRIALES

CONFERENCIA DADA EL 19 DE ENERO DE 1905

EN EL COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE MADRID

POR EL DOCTOR

D. JOAQUÍN DECREF

Director del Instituto de Ortopedia, Física Terapéutica y Radiografía.

Yo quisiera haber dado esta conferencia sobre asunto del dominio de mi especialidad. Siento verdadera necesidad de hablar algún día sobre amasamiento, porque á pesar de los veinte años transcurridos desde que, una vez concluída mi carrera, me dediqué á estudiar este poderoso medio terapéutico en las enfermedades del aparato locomotor, el camino seguido en nuestro país por los que lo emplean, es por lo general cada vez más extraviado, presenciando esto los médicos españoles con una pasividad impropia del culto que habitualmente suelen tener por todo aquello que siendo científico, resulta en la práctica verdaderamente útil.

Pero esta cuestión que hoy me trae á este sitio es de tal actualidad y va interesando tanto á la opinión, que hace posponer todas las demás por interesantes que parezcan.

No os asustéis, no creáis que esta conferencia ha de ser de un tecnicismo incomprensible por sus profundos problemas físicos, y os lo garantizará que no tengo esos conocimientos, y por lo tanto, mal puedo exponerlos. Este es el coco que asusta siempre para no dedicar algún rato á estos estudios, que tan necesarios son hoy al mé-

dico. Con muy poco tiempo, quizá con un par de horas que dedicarais á su estudio, encontraríais los conocimientos físicos necesarios para explicaros perfectamente y con la suficiente claridad una porcion de fenómenos que os parecen inexplicables ó de una gran complicación.

Yo soy de los que creen que hoy la seriedad de un médico no le permite llamarse especialista en electroterapia, masoterapia ó mecanoterapia, y menos en radioterapia. El médico que no es buen patólogo, que no se dedica al estudio, al conocimiento de las enfermedades, el que no diagnostica, mal puede aplicar con acierto sus conocimientos en una técnica cualquiera, por bien que la domine, con objeto de curar enfermedades que no conoce bien ó que ignora por completo.

De esta manera se evitaría el que cada medio terapéutico constituya para algunos una verdadera panacea y que caigan en el descrédito elementos que habían de ser poderosos en algunos casos. Conviene, pues, que los médicos se apropien ciertos conocimientos que hasta ahora han sido especiales, lo suficiente nada más para comprender su verdadera indicación, evitando que los enfermos caigan en manos industriales que los exploten.

Esta es la razón del por qué estando yo en el último Congreso de Electrología y Radiología, verificado durante el mes de septiembre de 1902 en la capital de Suiza, llamaran mi atención unos experimentos que el profesor Batteli había de llevar á cabo sobre la muerte producida por las corrientes eléctricas industriales, después de colmada mi paciencia de ver cómo una porción de hombres de ciencia oían con una indiferencia incomprensible cómo algunos resolvían con la electricidad problemas patológicos, pues no había medio terapéutico, ya fuera médico ó quirúrgico, que no debiera ser sustituído por las corrientes eléctricas.

Comprendí entonces la importancia que para nosotros los médicos españoles tenían aquellas demostraciones, dado que nuestra nación, privilegiada por la Naturaleza por lo quebrado de su terreno, era y había de ser mucho más, llamada á desarrollar extraordinariamente su industria eléctrica.

Recordé aquellos pueblecitos de mi patria donde la lámpara de petróleo había sido sustituída por la lámpara incandescente como alumbrado público, y la máquina de vapor por el dinamo movido por el salto de agua; recordé también sus confiados é ignorantes aldeanos, que no sospechaban quizás que aquellos alambres que con-

ducían la luz y la fuerza, también podían conducir la desolación y la muerte al seno de sus familias; recordé también al pobre médico rural, á quien se le exige saber de todo, y me lo figuré delante de una de nuestras descuidadas autoridades, teniendo que dar explicaciones de hechos de este género ó exigiéndole les ilustrara acerca de las medidas preventivas que se deben emplear para prevenir estos accidentes, aunque luego no vuelvan á hacer caso de sus consejos. En vista de todo esto, decidí traer aquellos datos y darlos á conocer.

Así, pues, yo vengo á contaros lo que he visto, y que juntos discurramos como buenos amigos acerca de asunto de tan gran transcendencia en nuestra práctica, sacando las consecuencias que nos sugieran las razones por todos expuestas y que nos sean de verdadera utilidad, no como físicos ó como hombres de laboratorio, sino como clínicos.

Los carretes que se empleaban antes de la utilización de los dinamos, no produjeron nunca graves accidentes; aun las mismas corrientes de los carretes Rumkorff jamás habían producido la muerte de un hombre, no porque no puedan producirla, pues la contracción tetánica de los músculos respiratorios sostenida produciría seguramente la asfixia, sino porque, ó su uso no estuvo generalizado antes y fueron siempre manejados por manos expertas y previsoras, ó estas manos, al sufrir la dolorosa impresión de su contacto, se encontraban en buenas condiciones para esquivarlo instantáneamente. Ya he dicho que en este caso su acción necesita ser sostenida por algún tiempo (próximamente un minuto en los perros) para producir la muerte, pero en general, los carretes de inducción son inofensivos, porque poseen poca intensidad aunque su tensión sea grande.

Desde que las grandes fábricas de producción eléctrica se hicieron necesarias para las aplicaciones industriales, es desde cuando nosotros empezamos á oir hablar de muertes producidas por las corrientes eléctricas.

Veamos los experimentos que se hacen en animales y estudiemos los fenómenos producidos por los electrocutados en los Estados Unidos, que vienen á ser los experimentos únicos que se han hecho en el hombre para deducir después todo lo que con nosotros se relaciona en este interesante asunto

Los experimentos en los animales que se habían hecho anteriormente dejaban mucha duda acerca del mecanismo por el cual se producía la muerte por la electricidad. Para unos, como d'Arson-

val, Biraud y Kratter, la muerte era producida por inhibición de los centros nerviosos, especialmente el respiratorio, los animales morían por asfixia, hasta el punto que d'Arsonval aconsejaba tratar á los electrocutados como á los ahogados, por la respiración artificial; pero para otros, como Tatun, Oliver y Bolau, la muerte era producida por parálisis cardíaca, pensando estos mismos de muy distinta manera acerca del mecanismo por el cual este fenómeno se producía.

Tatun, por ejemplo, creía que era por tetanización del diafragma y los otros por parálisis directa del corazón, sin averiguar por qué ni cómo.

Próximamente en la misma época Cunnigham, de Nueva York, y Prevost y Batelli, privat docente este último de Fisiología de la Universidad de Ginebra en 1899, publicaron experimentos aclarando muchos conceptos hasta entonces muy confusos.

Estos experimentadores dijeron ya entonces y demostraron que el mecanismo de la muerte en estos casos era el mismo por las corrientes continuas que por las alternas, haciendo sus experimentos Battelli con la corriente urbana de Ginebra, que era alterna, de una frecuencia de unos 46 períodos. Demostraron que las corrientes eléctricas producían la muerte de dos maneras diferentes, según fueran de alta tensión ó de baja tensión. Las corrientes alternas de alta tensión, entendiéndose por tales de 1200 voltios en adelante (teniendo el animal un electrodo en la cabeza y otro en las patas), matan por inhibición de los centros nerviosos, paralizando la respiración, el corazón continúa latiendo con energía y no se para hasta que la asfixia determina una parálisis. La presión arterial se eleva grandemente, á causa del tétanos muscular de todo el cuerpo. En este caso, si la respiración se restablece por sí misma, sería suficiente hacerla artificialmente para que el animal volviera á la vida.

Las corrientes que teniendo iguales condiciones que las anteriores, cuya tensión es baja, es decir, cuya tensión no pasa de 120 voltios, producen parálisis del corazón, mientras que los centros nerviosos apenas si son interesados, continuando la respiración algún tiempo después de aparecer la parálisis cardíaca.

Prevost y Battelli han demostrado que la parálisis cardíaca en estas condiciones, era producida por la aparición del fenómeno á que ellos han dado el nombre de *tremulaciones fibrilares del corazón*, que consiste en una contracción desordenada de los fascículos musculares cardíacos, que hacen cesar el ritmo de esta víscera in-

mediatamente, impidiendo que la sangre sea lanzada á los vasos. Este fenómeno es propiedad exclusiva de las fibras del corazón, sin que intervengan en él los centros nerviosos, puesto que se puede provocar en un corazón recientemente separado del cuerpo.

Durante el paso de la corriente de baja tensión, el corazón se paraliza en forma de *tremulaciones fibrilares* en todos los animales. En cuanto cesa la corriente, las aurículas recobran su ritmo normal, pero los ventrículos siguen su tremulación fibrilar en ciertas especies de animales, mientras que en otras recuperan su ritmo habitual. Así, por ejemplo, en los perros las tremulaciones fibrilares son definitivas y persisten hasta la muerte del animal por falta de circulación.

En los conejos de Indias adultos persisten casi siempre, pero no siempre, y en las ratas, en cuanto la corriente deja de pasar, el corazón recupera sus latidos normales.

Según estos experimentos, vemos que las corrientes de baja tensión producen la parálisis cardíaca en la forma explicada, pero afecta poco al sistema nervioso; así que en los animales sometidos á estos experimentos, resulta que los perros cuya parálisis cardíaca es definitiva, mueren siempre, los conejillos de Indias mueren con frecuencia, los conejos rara vez y las ratas nunca.

Entre estas dos divisiones que se han hecho, con arreglo á los efectos producidos en los animales de alta tensión (1200 voltios en adelante) y de baja tensión (120 voltios como máximum), se clasifican otra clase de corrientes llamadas de mediana tensión (de 240 á 600 voltios), que parece participan de las cualidades de ambas, así, estas corrientes en los perros producen á menudo, no sólo parálisis del corazón por tremulaciones fibrilares, sino parálisis respiratoria, pues el centro respiratorio influido á un tiempo por el choque eléctrico y la falta de circulación se inhibe por completo.

Aún resulta otra demostración de estos experimentos, más curiosa todavía, pues se demuestra que las corrientes de alta tensión no sólo no paralizan al corazón, que continúa latiendo con energía, sino que tienen la propiedad de hacer recuperar los latidos normales de dicha víscera en un perro en el cual se han provocado por el paso de una corriente de baja tensión las tremulaciones fibrilares.

Es necesario que no pasen nunca más de quince ó veinte segundos como máximum, después de la aparición de dicho fenómeno, para que el paso de la corriente de alta tensión restablezca la normalidad de los latidos cardíacos. Si hubieran pasado los veinte se-

gundos, aún se pueden restablecer durante algunos segundos después, sin más que hacer preceder al paso de la corriente de alta tensión un amasamiento del corazón, que consiste en hacer con la mano compresiones rítmicas, mientras un ayudante hace la respiración artificial; en este caso, vuelve el corazón á latir espontáneamente al paso de la corriente de alta tensión.

Los trastornos nerviosos que se observan en los animales al paso de la corriente, son parálisis temporal ó definitiva de la respiración, según el tiempo de contacto, convulsiones tónicas ó clónicas y pérdida del conocimiento.

Para que estos fenómenos se verifiquen, tienen que tener los animales los electrodos colocados en la boca y en el recto, porque tanto los trastornos nerviosos como los cardíacos, varían mucho, según los sitios donde se colocan los electrodos.

Las corrientes de baja tensión, no afectan profundamente á los centros nerviosos. Después de pasados algunos segundos de establecida la corriente, se observa una crisis de convulsiones violentas tónicas, que luego se hacen clónicas. Cuando cesan las convulsiones tónicas, la respiración vuelve á restablecerse, por lo general inmediatamente después de algunos minutos.

Ya hice yo en unos artículos publicados para dar cuenta del Congreso de Berna, una descripción de estos fenómenos, con motivo de otros experimentos que presencié antes que éstos, y con los cuales el Dr. Leduc pretendía demostrarnos que la anestesia por la electricidad era fácil.

A medida que el voltaje se eleva, los trastornos nerviosos son más graves: la respiración se restablece más tardíamente, así como la pérdida de conocimiento.

Hé aquí las cifras que da Batteli: con respecto al tamaño de los animales, en las ratas y los conejos de Indias una corriente de 1200 voltios, prolongada durante un segundo, inhibe completamente el sistema nervioso. En los conejos se produce el mismo efecto con una corriente del mismo voltaje, pero prolongada su aplicación durante dos ó tres segundos, ó se necesita una corriente de 2400 voltios para que se produzcan dichos efectos en un segundo. En los perros de unos 10 kilos de peso, el paso de la corriente de 1200 voltios durante cinco segundos, no llega á matar al animal, y al cabo de una media hora ó una hora lo más, el animal puede andar. Las corrientes de 2400 voltios matan los perros pequeños por parálisis definitiva de la respiración, si el contacto se ha prolongado durante uno ó dos se-

gundos. Los perros grandes no llegan á morir por el paso de una corriente de 2400 voltios durante dos segundos y vuelven á su estado normal sin ninguna intervención espontáneamente.

Esto demuestra que á igual voltaje, los trastornos son mayores en los pequeños animales que en los grandes, porque la densidad de la corriente es mayor en aquéllos.

También influye mucho, como ya hemos indicado, la colocación de los electrodos, y que éstos hagan buen contacto.

Las corrientes industriales son de dos clases: corrientes alternas y corrientes continuas. El mecanismo de la muerte es igual en ambas, solamente que para producir las tremulaciones fibrilares cardíacas, la corriente continua necesita un voltaje cuatro ó cinco veces mayor que la alterna de 45 á 50 períodos, que es con la que Battelli ha hecho estos experimentos, pues se servía, como hemos dicho, de la corriente urbana de Ginebra. La corriente continua produce mucha más inhibición del sistema nervioso que la corriente alterna, siendo todas las demás condiciones iguales.

El número de períodos de la corriente alterna hace cambiar los efectos. Según los trabajos del profesor Prevost, una corriente de 150 períodos por segundo de frecuencia, es la que produce la muerte con voltaje mínimo. Cuando pasa de los 150 períodos, el voltaje mínimo se eleva rápidamente si hemos de conseguir los mismos efectos.

Las corrientes comprendidas entre 30 y 150 períodos, no presentan grandes diferencias en cuanto á sus efectos. Las que tienen de 30 períodos para abajo, también necesitan elevar algo el voltaje. De manera que las corrientes más peligrosas son las de 30 á 150 períodos, y si llegan á 400 son menos peligrosas que las corrientes continuas, porque necesitarían un voltaje tan elevado que no se usa generalmente en la industria, para ser igual en sus efectos á la continua, en igualdad de circunstancias.

La intensidad de la corriente tiene una gran importancia en la producción de los accidentes, sobre todo en los efectos mortales. Ya hemos dicho que las corrientes industriales se han hecho peligrosas y mortales á causa de necesitar una gran intensidad, y hemos hablado de los grandes carretes que tienen gran tensión y por tener poca intensidad no producen efectos graves, y que, por el contrario, en ciertas condiciones, con carretes pequeños, puede producirse la muerte á los animales. Aún está por resolver si los efectos deletéreos de la corriente son debidos á la energía, es decir, al producto

de la fuerza electromotriz y la intensidad ó solamente á esta última.

La resistencia es de un interés extraordinario en la producción de los fenómenos mortales. Sabemos que varían mucho las condiciones de conductibilidad, tanto en el cuerpo del hombre y los animales, como en los conductores; estos últimos pueden estar más ó menos aislados, según estén más ó menos cubiertos de substancias aisladoras, pero en la conductibilidad industrial, sobre todo en la aérea, casi siempre van los hilos descubiertos; por esto es la más peligrosa, y la resistencia de los conductores no merece atención comparada con la de los tejidos. El contacto, claro que ha de ser más ó menos bueno, según su forma y su extensión, pues hay gran diferencia de que el alambre toque ó resbale solamente por una superficie cualquiera del cuerpo. El contacto puede ser muy diferente, según sea un hilo fino ó grueso ó una superficie, como una plancha metálica.

La piel del hombre y los animales saben todos que varía su resistencia, según esté ó no cubierta de pelos, sea ó no callosa, esté húmeda ó seca, etc. Las quemaduras causadas por las corrientes de gran voltaje en el punto de contacto entre el cuerpo y el conductor, y que son más ó menos grandes y profundas, como es natural, según el voltaje, duración de contacto, etc., producen un aumento considerable de resistencia al desecarse y carbonizarse los tejidos. Si nosotros ponemos un animal, en buenas condiciones de contacto, en un circuito en el cual hay también una lámpara incandescente y hacemos pasar una corriente de 240 voltios ó de más si queremos que el fenómeno se verifique con más rapidez, veremos que la lámpara se enciende con un brillo intenso, y que al cabo de poco tiempo, segundo y medio, si es de 240 voltios, la intensidad de la luz va disminuyendo conforme se va produciendo la quemadura en la piel del animal. Ya hablaremos más adelante de la explicación de una porción de hechos que parecen contradictorios, debidos á este fenómeno.

La duración del contacto, dadas todas sus demás condiciones iguales de las corrientes, hacen variar también sus efectos.

Así, el profesor Prevost y el privat docente Batteli sacan las siguientes conclusiones de sus experimentos:

Dividen la duración en tres períodos: 1.°, de una fracción de segundo; 2.°, de un segundo; 3.°, superior á un segundo.

Primer período. — Una corriente continua que posee un voltaje suficiente (200 voltios) para producir las tremulaciones fibrilares en

el corazón de un perro, en buenas condiciones de contacto, produce sus efectos en un décimo de segundo.

La corriente alterna en las mismas condiciones (de 120 ó de 240 voltios), no presenta la misma constancia, pues unas veces necesita un tercio ó un cuarto de segundo, y en algunos casos, los más frecuentes, se necesitan dos tercios de segundo, sin que se expliquen las causas de esta diferencia.

Las funciones del sistema nervioso son, por el contrario, influídas profundamente por duraciones muy cortas de contacto. Así, haciendo pasar á un perro, durante una dozava parte de un segundo, una corriente alterna de 240 voltios, el animal es presa de convulsiones tónicas y la respiración se para durante un tiempo que no baja de veinte á cuarenta segundos. La respiración se restablece en seguida, pero dura algunos instantes más el estado comatoso, para desaparecer más tarde y á los pocos minutos restablecerse completamente. Este experimento es muy interesante para explicarnos también luego algunos accidentes de la industria eléctrica, y de que hemos de hablar.

Segundo período.—Si la corriente tiene las condiciones necesarias para producir las tremulaciones fibrílares, éstas se producen indefectiblemente cuando la duración del paso de la corriente es de un segundo.

Tercer período.—La duración es superior á un segundo y los trastornos nerviosos son mucho más graves. Las corrientes de alta tensión, como antes hemos dicho, pueden inhibir por completo los centros nerviosos y la respiración paralizarse de una manera definitiva.

Otro punto que hay que estudiar, y que es muy interesante para determinar los efectos de las corrientes eléctricas, es la densidad de éstas.

Es imposible determinar la densidad de la corriente en un órgano determinado de un animal vivo.

Si aplicamos á un perro los electrodos á las dos patas izquierdas afeitadas, siendo la resistencia aproximadamente de 1200 ohms y la tensión de la corriente alterna de 240 voltios, podremos averiguar inmediatamente cuál será la intensidad que atraviesa el cuerpo del animal, pero será imposible que determinemos la intensidad en cada una de las unidades de superficie del corazón ó del cerebro, aunque nos será fácil precisar las condiciones prácticas para obtener un aumento ó una disminución de la densidad de un órgano.

Sabemos que la densidad máxima está en los puntos de aplicación de los electrodos, y que cuando éstos se aplican al cuerpo de un animal, el máximum de intensidad está en la línea interpolar. Mientras más lejos esté un órgano de esta línea, menor deberá ser la densidad de la corriente que lo atraviesa.

Todos los trastornos producidos por una corriente eléctrica industrial en los distintos órganos del cuerpo, son proporcionales á la densidad de la corriente que los atraviesa. Los centros nerviosos son poco impresionados si la densidad de la corriente es débil, y, por el contrario, lo son mucho si la densidad es grande. El corazón es presa de tremulaciones fibrilares si la densidad de la corriente que le atraviesa es débil y no presenta ningún trastorno, continuando con energía sus latidos si esa densidad es grande.

El corazón de un perro es presa de tremulaciones fibrilares cuando la corriente alterna, aplicada en la cabeza y las patas delanteras, llega á una tensión de 15 ó 20 voltios. Lo mismo ocurre cuando la aplicación de los electrodos se hace en los costados del tórax bien afeitados y al nivel del corazón. Pero si los electrodos se aplican en los dos miembros anteriores, la tensión necesaria para producir ese mismo efecto hace falta aumentarla hasta 60 ú 80 voltios, siendo la resistencia próximamente de igual número de ohms en los tres casos.

Cuando los electrodos de una corriente alterna de 1200 voltios se colocan en las dos patas traseras, no presenta ningún trastorno nervioso ni cardíaco. Veremos luego que de este experimento se sacan consecuencias muy prácticas para la salvación de accidentados.

(Concluirá).

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. El origen alimenticio del arsénico normal. — II. Sobre la herencia de la tuberculosis. — III. Negación de la botriomicosis. — IV. Suelos asmatógenos. — V. Más hechos en contra de la acción absoluta de los anofeles en el paludismo. — VI. Tratamiento de la vacuna con la luz roja. — VII. Destrucción del pneumococo de Fränkel en la sangre de los animales inmunizados é hipervacunados.

I. El origen alimenticio del arsénico normal en el hombre ha motivado interesantes investigaciones por parte de A. Gautier y P. Clausmann (*Acad. des Sc.*, 1904).

Como el arsénico, después de localizarse normalmente en los órganos ectodérmicos, sale por modo continuo del organismo con la descamación epitelial, caída de cabellos y uñas, flujo menstrual, materias fecales, etc., era oportuno conocer cuáles son las fuentes de ingreso de este elemento normal y para ciertos tejidos necesario por completo. Las investigaciones realizadas conducen á estas conclusiones:

La cantidad de arsénico existente en la carne de los mamíferos es muy escasa comparada con la de los órganos realmente arsenicales, y tal vez sea debida más al circulante que al fijo. Así parece probarlo la muy diversa cantidad de arsénico que hay en la carne de una misma especie, los peces, por ejemplo, según que el agua en que viven contenga más ó menos arsénico é ingrese más ó menos con su alimentación.

Entre los alimentos animales, algunas carnes de pescado y los crustáceos, ante todo sus productos más fosforados, son los más ricos en arsénico.

También lo es la sal gris.

El pan de trigo, y este mismo con su espispermo, contienen escasísima cantidad. En el salvado no existe, ni aun en el de aquellos trigos que proceden de terreno granítico. Las hojas verdes de las coles y las habichuelas verdes no han dado ni el más leve vestigio á pesar de valerse de masas de un kilogramo, hecho que demuestra que no está el arsénico en todas partes, que no es necesario á toda célula

viva ó cuando menos es inferior á $^1/_{1000}$ de miligramo por kilogramo en estos vegetales.

El vino, el agua potable y la sal marina son las fuentes ordinarias que nos proporcionan casi todo el arsénico que asimilamos.

Los autores, tomando el tipo de ración media del habitante de París durante la década de 1890 1900, calculan que la cantidad diaria que ingresa en el organismo es la siguiente:

NATURALEZA DE LOS ALIMENTOS	Cantidad media de alimentos por día en gramos.	Arsénico correspondiente en milésimas de miligramos.
Pan	420	2'9 (1)
Carne	180	1'8 (2)
Pescado	35	4'3
Huevos	24	0'5 (3)
Legumbres herbáceas	250	0'5 (4)
Idem en semillas	40	?
Patatas	100	1'2
Leche	213	0'10
Vino	518	2'9
Cerveza	30	0'0
Sal marina	10	2'3 (5)
Agua de bebida	1.000 cm³.	5'0
Arsénico total diario		20'9

ó sea, aproximadamente, 21 milésimas de miligramo, que representan 7'66 miligramos al año, cantidad ampliamente bastante para nuestras necesidades.

Un adulto, de veinte á cuarenta años, sólo produce de 45 á 70 gramos anuales de cabello, que equivalen á una pérdida de 0'021 miligramos de arsénico. El resto sale según los mecanismos antes indicados.

Desde el punto de vista médico-legal debe tenerse en cuenta las cantidades elevadas, relativamente, que contienen ciertos alimentos (peces, crustáceos, vino, sal marina, etc.), cuando se analiza el contenido intestinal. Debería buscarse el arsénico en lós órganos que no

(1) Comprendidos los derivados del trigo (pastas, pasteles, etc.).
(2) Deducidos los huesos.
(3) Sin la cáscara.
(4) Aproximadamente.
(5) Media entre la sal blanca y la gris.

lo contienen ó sólo lo poseen en cantidades ínfimas (hígado, bazo, músculos y hasta las mismas túnicas intestinales después del lavado). Con todo, si en el contenido intestinal hay cantidades que se acercan al décimo de miligramo, no debe atribuirse nunca al arsénico alimenticio, en concepto de los autores.

II. La herencia de la tuberculosis, discutida antes y discutida hoy, tiene hechos, raros, pero ciertos, en que apoyarse: entre otros cito la existencia de los bacilos en el esperma de animales tuberculosos. Otro hecho interesante ha aprontado al debate el Dr. Marfucci (*Rivista critica di Clinica medica*).

Las investigaciones que ha realizado le demuestran que la toxina tuberculosa existe en el esperma. Esta toxina obra sobre el feto y explica en parte las diversas distrofias paratuberculosas, y obra también sobre la madre determinando en ella un rápido adelgazamiento y hasta el marasmo, según ha observado en las conejas que han recibido el esperma de un macho tuberculoso ó en cuya vagina se ha depositado la toxina tuberculosa.

III. La botriomicosis fué considerada como entidad morbosa humana en virtud de los trabajos de Poncet y Dor, sin discusión alguna. En los caballos se caracteriza por tumores, debidos á un hongo parecido al actinomices, generalmente pediculados, que aparecen de preferencia en el escroto y en el cordón después de haber castrado á los animales; en el hombre reside por lo común en los dedos de la mano y se distingue por ser un tumor único, pediculado, indoloro y más ó menos hemorrágico. Roger admitía estos mismos hechos (*Traité de Médecine* de Charcot-Bouchard, 2.ª edición, 1898).

Hasta ahora han sido publicadas unas cincuenta observaciones, pero han comenzado las divergencias, y no falta quien niegue la botriomicosis humana. L. Legroux ha emprendido un estudio detenidísimo sobre esta materia (*La botryomycose*, tesis de París, 1904), y concluye diciendo:

1.° El *hongo de castración* en el caballo no tiene nada de específico: es producido por microbios patógenos, y no pasa de ser una funiculitis vulgar que tiende á desaparecer con los progresos de la cirugía veterinaria.

2.° En el hombre, la llamada botriomicosis es una fibro-adenosis sudorípara, no específica.

IV. Molle (de Orán) publica en *Loire médicale* (1904) varias observaciones, que tienden á demostrar que ciertos suelos arcillocalcáreos, geológicamente definidos, tienen acción asmatógena. Tal ocu-

rre en Aubenas (Ardèche), en cuya región, individuos asmáticos dejaban de serlo al ausentarse para recaer cuando regresaban, y al revés, individuos sanos convertirse en asmáticos, sin más que morando una temporada en dicho país. Entre los casos que narra hay uno muy notable: un enfermo de asma abandonó á Aubenas, trasladándose á Le Puy, hecho que bastó para que no se repitieran los ataques; á los dos meses recibió sus muebles aún impregnados de polvo de aquella localidad, y los accesos reaparecieron, accesos que continuaron hasta que se hizo una rigurosa limpieza del mobiliario al aire libre.

Ante estos hechos, Molle no bacila en ver una relación de causa á efecto entre los mencionados suelos y el asma, cuando se trata de individuos predispuestos, y detallando más, cree que no todas las rocas calcáreo-arcillosas tienen propiedades asmatógenas. Con arreglo á lo que se desprende de sus observaciones, sólo las margas compactas, es decir, aquellas en que la arcilla no pasa de un 15 por 100, son las nocivas, y de ellas las que ofrecen la modalidad llamada *refractaria* ó kaolín, substancia que conceptúa ser la patógena.

V. No he sido nunca partidario de ese absolutismo que conduce á la fórmula expuesta por Grassi: *sin anofeles no hay paludismo*. He expuesto en su contra varios hechos, ajenos y propios, y continúo la serie con otros nuevos.

Cardomatis (*Revue méd. de l'Afrique du Nord*, 1904), aparte del mosquito-causa, admite también, como Hipócrates, el suelo y la atmósfera.

Legrain (*Id. id.*), deduce de sus estudios en Bougie (Africa) una opinión por completo opuesta á la intervención de los mosquitos.

Spiridion Kanettis, de Atenas (*Quelques reflections sur l'étiologie du paludisme. — Le Progrès médical*, 1904), sostiene que, además del mosquito, hay otros insectos que pueden propagar el paludismo (Patrick Manson, Congreso internacional de Bruselas) y condiciones atmosféricas y telúricas, tales como la remoción del suelo en vastas extensiones, el uso de aguas estancadas, que corresponden á las hipótesis telúrica é hídrica del médico de Cos. En prueba de ellas cita las epidemias de 1895 y 1896, aparecidas en el barrio Tsakayanni, de Atenas, con motivo de la construcción del gran *boulevard* de Alejandra; la pandemia sufrida por Attica en 1889 por remoción del suelo, y otros hechos que no concuerdan con la evolución del hematozoario, que ha menester de una á tres semanas, según la temperatura exterior, para ser nocivo, mediante el mosquito, aun admitien-

do los *gérmenes negros de Ross*, debidos á mosquitos muertos y conservados largos años; como no concuerdan con la aparición brusca de un ataque de fiebre en individuos llegados el día antes á una localidad infecta, ni caer enfermos á los tres ó cuatro días las tripulaciones que arriban á puertos infectos, ni las epidemias de invierno al remover las tierras cuando están los mosquitos en narcosis invernal, ni los numerosos casos de paludismo de primera invasión, desde diciembre á mayo, pues el anofeles sólo existe de mayo á noviembre.

Devaux ha publicado en *Dépêche coloniale de Paris* una carta sobre la terrible epidemia de Bétafo-Antsirabé (Madagascar) durante los cinco primeros meses de 1901; los muertos fueron miles, y miles también fueron los que en breves días llegaron á la caquexia palúdica. Los accesos perniciosos abundaron por modo extraordinario. A pesar de ello los mosquitos no eran más comunes que de ordinario, y de ordinario son tan raros, que los europeos no recurren á los mosquiteros.

En resumen, si el mosquito y el hombre son dos medios en los cuales se perpetúa el paludismo, por evolucionar en ellos el hematozoario, en virtud de transformaciones continuas y positivas, no son ellos las únicas causas de infección. Si el mosquito fuera siempre inoculado por el hombre, pregunta Juan Cardamatis, ¿cómo explicarse la infección primitiva del hombre?

VI. Goldmann, siguiendo el consejo de Gärtner, ha tratado la vacuna en las mismas condiciones en que se trata una chapa fotográfica sensible. Inoculada la linfa y después de la desecación, cubre la región con una venda roja, debajo de la cual no sufre cambio alguno dicha chapa, aun cuando se deje el brazo á la luz del día.

Ha hecho estudios comparativos. Vacuna 20 niños bajo la luz roja y cubre luego con venda del mismo color, que deja colocada durante tres semanas. Vacuna 5 en un brazo, según el procedimiento ordinario, y en el otro con el color rojo, pero la venda permanece sólo dos días y luego queda la región á la luz común. En otros 5, cuando empiezan las pústulas, pone la venda roja. Por último, en 10 niños pone la venda de color rojo en un lado sólo y la separa cuando las pústulas del otro lado llegan al máximum de desarrollo.

En los casos tratados con la luz roja faltaron las reacciones que acompañan habitualmente á la erupción vacuna y no aparecieron adenopatías. Examinadas en la cámara obscura las pústulas sometidas al color rojo, resultaron como verrugas pequeñas, muy redon-

das, un poco elevadas sobre las partes próximas que tenían el aspecto normal, al paso que en el brazo opuesto, que servía de comparación, los elementos eruptivos eran más difusos, muy purulentos y estaban rodeados de una zona inflamatoria hiperémica, que en algunas llegaba á 8 centímetros de diámetro; hubo adenopatías y los movimientos del brazo eran dolorosos. En el primer caso las cicatrices eran superficiales y no deformantes.

Para ver si la vacuna que evolucionaba bajo la acción de la luz roja producía inmunidad, revacunó á las cinco semanas á los niños tratados de esta manera y el resultado fué negativo en absoluto (*Wien. klin. Woch.*).

VII. Expuesto lo conocido sobre la destrucción del pneumococo de Fränkel en la sangre de los animales inmunizados é hipervacunados y descritos los procedimientos á que han recurrido, Tizzoni y Panichi formulan estas conclusiones (*Bull. delle Scienze med.*, 1904):

1.ª El suero sanguíneo de los animales vacunados contra el pneumococo despliega su acción sobre las toxinas y no sobre sus gérmenes respectivos.

2.ª Por ello los gérmenes permanecen *inactivos* en la circulación un largo tiempo, como no ha sido observado con ningún otro virus, necesitándose uno, dos meses y más para que sean destruídos por completo y resulte la sangre en los cultivos estéril en absoluto.

3.ª La cualidad del suero (homogeneo-heterogéneo) y algunos fenómenos que presentan los animales durante la inmunización ó la vacunación (fiebre, adelgazamiento) no ejercen influencia alguna en la destrucción de los pneumococos.

4.ª Los pneumococos inactivos en la sangre pueden producir á las veces lesiones secundarias, ya por efecto de causas nuevas que ataquen una parte del cuerpo, ya por los mismos disturbios nerviosos (parálisis espástica) que con frecuencia aparecen en la vacunación incompleta.

5.ª El tiempo necesario para destruir los gérmenes circulantes en la sangre está en relación con la cantidad de virus que ha de ser destruída, sea por la que se introduce directamente, sea por la que deriva de las lesiones secundarias.

6.ª En la destrucción no influyen la cantidad de suero ni el grado de inmunidad producido por la vacunación.

7.ª La destrucción en la sangre está relacionada con las fuerzas normales del organismo.

8.ª La función destructora, como ocurre con otras funciones, se hace más activa con el ejercicio, de modo que al fin se obtiene la destrucción de dosis de virus muy grandes en un tiempo relativamente corto.

9.ª Todo esto debe tenerse muy en cuenta al preparar el suero antipneumocócico, porque los productos de la elaboración incompleta del virus pueden acumularse en la sangre con las inyecciones sucesivas, si se las hace sin las reglas debidas, y matar al animal vacunado, ó bien pueden enmascarar en el suero los productos inmunizantes y curativos y obrar en los animales como predisponentes.

10. Los cultivos hechos con la sangre de los animales inmunizados ó hipervacunados tienen caracteres microscópicos y de cultivo que los diferencian mucho de los ordinarios del pneumococo; y tales cultivos, aun á grandes dosis, son inofensivos (conejos).

11. Estos hechos confirman indirectamente la existencia en los cultivos de los pneumococos de una toxina específica neutralizable en el suero relativo.

12. Dichos resultados apoyan la reciente hipótesis de Behring para algunos virus (tuberculosis), ó sea que la aparición de las lesiones que producen no coinciden siempre con el momento de su introducción en el organismo; antes bien, en condiciones particulares, pueden permanecer *inactivos* muy largo tiempo, advirtiéndose más tarde con procesos patológicos específicos cuando intervienen condiciones nuevas, locales ó generales, que disminuyen la resistencia orgánica.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 27 de Mayo de 1905.

Defensa contra el paludismo. — El Dr. *Pulido* presenta un cuadro ideado por el Dr. Verdes Montenegro para divulgar entre las clases populares los medios de defensa contra el *paludismo*. Hace con este motivo merecidos elogios del autor, no sólo por su cultura y sus aficiones por difundir los

preceptos higiénicos, sino también por sus sentimientos estéticos, tan necesarios en esta clase de propaganda.

Enaltece la importancia de este sistema de propaganda higiénica que tan buenos resultados viene dando en el extranjero.

El Dr. *Huertas* felicita también al Dr. Verdes Montenegro, y hace constar que cuando estudió el paludismo en Cáceres, pudo observar un 60 por 100 de disminución en el número de los atacados, gracias á las precauciones contra el mosquito, y que, por lo tanto, esos medios de divulgación higiénica han de ser la base de una profilaxis eficaz.

El Dr. *Fernández Caro* dice que estas obras de divulgación higiénica son tan interesantes y necesarias que no necesitan elogios; que la higiene es una obra social y una obra de gobierno, pero que es necesario que estén secundadas por las masas populares; que la cultura popular en estos asuntos de higiene, por elemental que aquélla sea, tiene una finalidad práctica de una importancia inapreciable, dando á conocer á las personas que no se ocupan ni preocupan de estos asuntos, la importancia que tienen para cooperar á la sanidad pública. Termina felicitando al Dr. Verdes Montenegro y haciendo votos por que continúe por tan útil camino.

El Dr. *Mariani* da lectura á la necrología del Dr. D. José Ustariz y Escribano.

Resección de estómago. — El Dr. *Gutiérrez* dice á lo expuesto por el doctor San Martín, que no era de temer que en su enferma se presentase la complicación de la úlcera pépsica, porque se hizo la gastrectomía en la región del estómago en que no había secreción de jugos gástricos. Manifiesta el Dr. Gutiérrez, que habiendo practicado una gastrectomía parcial el doctor San Martín, en cuanto se limitó á separar la parte enferma, al empezar á segregar los elementos de la mucosa gástrica, vuelve otra vez esta secreción gástrica, pudiendo presentarse la úlcera pépsica, y que en la gastrectomía total no puede ocurrir esto porque no hay elementos glandulares que segreguen.

Que el Dr. San Martín no había destruído el argumento que el manifestante expuso en su anterior intervención, respecto al procedimiento de Rydigier, expuesto por el Dr. San Martín, en cuanto á la gastrectomía, tanto más, cuanto que, según los experimentos de Palau, no es necesaria la ingestión de alimentos para que se segregue ácido clorhídrico en el estómago, pues dicho autor y otros creen que es un acto reflejo la secreción del jugo gástrico.

En cuanto á la sutura seroserosa, manifiesta el Dr. Gutiérrez que estaba muy lejos de soñar que en el siglo XX el Dr. San Martín había de darla tal importancia que hiciera depender de ella el éxito de la cirugía abdominal, cosa que estuvo también muy lejos de esperar Lembert, autor de dicha sutura, sin que por esto deje de reconocer su importancia.

En cuanto á lo dicho por el Dr. Jiménez de que en el detalle de la sutura consiste el éxito mayor de la operación abdominal, y que aun cuando algunas veces hubiera algún defecto de asepsia, esto no suele tener consecuencias graves, opina el Dr. Gutiérrez que esto es una heregía, puesto que está probado que un instrumento, una compresa, etc., que no estén en buen estado de asepsia, puede determinar una infección peritoneal y la

muerte del enfermo, teniendo la firme convicción de que no bastan los detalles de técnica para asegurar el éxito de una intervención.

Que hace tres años practicó una histerectomía por fibroma, hecha en las mejores condiciones, á pesar de lo cual murió la enferma á las cuarenta y ocho horas por infección, debida á no haberse esterilizado suficientemente el material de cura.

Que sin duda la sugestiva palabra del Dr. San Martín había arrastrado al Dr. Jiménez á considerar á la sutura de Lembert como el éxito principal de la cirugía abdominal, y que sin que él deje de reconocer toda su importancia, cree que la sutura tiene que estar necesariamente protegida contra las infecciones sépticas.

Que no es sólo la sutura de Lembert, sino otras muchas circunstancias las que abonan el éxito de la intervención, siendo la mencionada sutura una de estas circunstancias que contribuyen á que se obtengan más éxitos en cirugía abdominal.

En cuanto al colapso, manifiesta el Dr. Gutiérrez que no hay que pensar en el colapso tardío, pues hay motivos para creer que es debido á infección peritoneal, siendo más frecuentes cuando se interviene en la parte alta del vientre.

Que lo que puede ocurrir y ocurre es el colapso inmediato, del que mueren algunas enfermas, porque ha de tenerse en cuenta que las obstrucciones intestinales son tanto más graves, cuanto es más alta la parte del aparato digestivo en que se localiza, y las intervenciones quirúrgicas son más graves cuanto más altas se practiquen en el aparato digestivo. Hay, pues, que rechazar la creencia en el colapso tardío, pero hay que admitir el colapso inmediato.

En cuanto al pronóstico quirúrgico de la gastrectomía por cáncer, opina el Dr. Gutiérrez que no es mejor ni peor que el del cáncer en otros órganos cavitarios, dependiendo todo del diagnóstico precoz del padecimiento, y como es más difícil hacer un diagnóstico del cáncer gástrico que de los otros cánceres, cree que cuando se encuentra el cirujano ante un enfermo que se demacra rápidamente, que tiene dolor en el epigastrio y observa alguna tumoración, el cirujano está autorizado para intervenir.

Que una enferma del Instituto quirúrgico de la Moncloa que sólo acusaba demacración y palidez características, sin vómitos, pero con dolor en la boca del estómago, y que apenas se notó abultamiento en la región pilórica, fué diagnosticada de cáncer del píloro. Que practicada por el doctor García Arias una pilorectomía, se encontraron con una úlcera extensa de toda la zona pilórica que no daba lugar á estenosis, una úlcera serpiginosa, que microscópicamente no parecía cáncer, pero que histológicamente resultaba el tipo más acabado, y que si aquella enferma hubiera tardado seis ó siete días más en ser operada, hubiera venido perforación y hubiera muerto por una infección rápida.

Que después de estudiada esta enferma durante quince días por un ilustre doctor, se comprobó que era anaclorhídrica. Que se tenía, pues, por un lado anaclorhidria, y por otro, demacración y dolor epigástrico, síntomas bastantes para que después de haber estado sometida sin resultado á tratamiento médico, el cirujano interviniera, pues aunque estos síntomas no

son suficientes para diagnosticar un cáncer, cuando en tales circunstancias el tratamiento médico no da resultado, cree que el cirujano está autorizado para hacer una laparotomía, y si se encuentra con un cáncer difuso, por lo menos deben ponerse los medios para aliviar al enfermo durante los meses que le quedan de vida. Que opina que, contra lo afirmado en sesiones anteriores, la gastroenterostomía no está llamada á desaparecer en el cáncer.

Respecto á las estadísticas de Kocher, dice que aunque de los 97 operados por gastrectomía no se expresa si lo fueron por cáncer ó por otras lesiones, hay cancerosos que después de una extirpación viven seis, ocho ó diez años, y que lo mismo puede pasar en el estómago si se extirpa toda la región pilórica afectada de un cáncer incipiente, pudiendo tardar la reproducción diez y catorce años, dependiendo la gravedad mayor ó menor del cáncer en la menor ó mayor oportunidad de la intervención, es decir, en que el diagnóstico se haga á tiempo.

Que no ha de combatir al Dr. San Martín en sus ideas de quimismos gástricos, y que si este señor hubiera llegado á practicar el segundo tiempo de la operación de su enferma, entonces se hubiera podido convencer de las ventajas de la gastrectomía en dos tiempos, y que de lo contrario, tanto á él (Dr. Gutiérrez) como á los Dres. Ribera y Jiménez, les queda la duda de si hubiera sido preferible practicar la pilorectomía, en la cual hubiera invertido el mismo ó quizá menos tiempo que en hacer la gastrectomía por el procedimiento de Rydigier y la exclusión pilórica que hizo. Que en el caso del Dr. San Martín no hubiera tenido inconveniente en practicar la pilorectomía por cualquiera de los procedimientos ó por la gastro-enterostomía de Kocher, invirtiendo menos tiempo, cosa que tiene mucha importancia en cirugía abdominal, por los inconvenientes gravísimos que tiene la permanencia de la cavidad abdominal abierta.

A propósito de la importancia de la escrupulosidad con que deben tomarse las precauciones de asepsia, cita el siguiente caso del Hospital de la Princesa, ocurrido en 1886:

Enferma con fibroquiste uterino enorme, siendo tales las adherencias á las paredes, que tuvo que invertir cerca de dos horas, y que cuando estaba terminando y el Dr. Acero, que estaba encargado de la cloroformización, y el Dr. D. Deogracias Toral, le oyeron pedir seda con objeto de ahorrar todo el tiempo posible, dijeron á los ayudantes «de cualquiera, porque la enferma se está muriendo», que entonces el Dr. Gutiérrez dijo: «pues aunque esté muriendo la enferma, no me den seda si no está aséptica». Que la enferma no murió, y que si hubiera aceptado la seda que le ofrecía el ayudante y hubiera sobrevenido la infección, ¿cuál no hubiera sido su responsabilidad?

Que mantenía las observaciones que hizo al Dr. San Martín en la primera sesión en que éste hizo su comunicación á la Academia, pues que el procedimiento empleado por dicho señor Académico puede emplearse en caso de un cáncer inoperable del píloro si la extensión es de tal naturaleza y la difusión tan grande, que no sea posible practicar la pilorectomía, por cuanto en tal caso puede hacerse un bien al enfermo excluyendo el píloro y practicando una gastrectomía para separar la parte sana del estómago, con lo cual podría sobrevivir el enfermo á la operación; pero que no siendo

en este caso, no se debe intentar nunca la pilorectomía por el procedimiento de Rydigier, porque lleva mucho más tiempo que el practicar de primera intención la pilorectomía, por uno ú otro procedimiento, y que de no hacerse así, hay exposición á que el cáncer se propague con más velocidad y vengan trastornos en la parte buena del estómago.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 31 de Mayo de 1905.

Observaciones clínicas de una epidemia de sarampión. — El Dr. Benitez: Durante los meses de marzo, abril y mayo, y con motivo de la epidemia sarampionosa, he asistido 35 casos, algunos de los cuales corresponden á tres ó cuatro hermanos que no lo habían padecido. La edad de los atacados varía desde el menor que tenía año y medio á los dieciocho que contaba el mayor. El carácter de la epidemia ha sido benigno, al menos en lo que yo he observado. Respecto al período de incubación, que Katon lo estima en diez días y Sevestre en quince, aunque es difícil de precisar, creo que en varios de mis casos ha pasado del medio mes. En cuanto al período de invasión, caracterizado para algunos por una curva térmica de fuerte remisión al tercer día, que puede servir desde luego para fijar el diagnóstico (Jaccoud), puedo decir que he visto que este período estaba constituído por una fiebre tan irregular, que venía á ser una verdadera anarquía febril; en algunos se ha presentado con una febrícula que desaparecía pronto para volver al cabo de dos ó tres días; nueva desaparición y nueva reaparición. He observado algunas veces la presencia de una erupción punteada (diferente de un rash), que asimismo desaparecía para después salir la definitiva y verdadera. Respectó á síntomas para hacer el diagnóstico precoz del sarampión, manifestaré que he podido comprobar varias veces los signos de Mettenheinen (congestión del fondo faríngeo) y de Espine (enantema faríngeo), el de Koplit (punteado amoratado, con un puntito blanco en el centro situado en la mucosa bucal correspondiente á los carrillos) tiene un valor grande, porque se presenta muchas veces, y si se aprecia bien puede asegurarse que el enfermo que lo presenta, aunque pasen varios días, tendrá al fin el sarampión. Del signo de Bolognini (roce peritoneal á la palpación) diré que no he podido comprobarlo.

De los 35 casos sólo he visto complicaciones secundarias en cuatro, de los cuales dos con mastoiditis y uno con conjuntivitis ulcerosa, habían tenido anteriormente fenómenos de estas lesiones.

El tratamiento ha consistido en el empleo de la luz roja y en higiene, muchos lavados al día de los ojos, narices y manos.

El contagio ha sido grande, á pesar del aislamiento de los enfermos y la completa separación de los sanos. Mortalidad, cero. Los 35 han curado.

Repetición del sarampión. En veintisiete años que llevo ejerciendo, no he visto nunca una repetición bien comprobada, pero he visto llamar sarampión á erupciones que no lo eran. Comby tampoco había observado jamás

la repetición hasta hace un año, en que dice haber visto dos casos. Debe ser, pues, muy excepcional, y ocurre en esto algo muy paradógico, y es, que los médicos que ven mejor, no los ven, y en cambio los que ven menos, ven más casos de repetición.

En una casa donde hay cinco hermanos, de los cuales los cuatro mayores habían sufrido ya el sarampión, he sido llamado para ver al último, quien después de fenómenos catarrales y una erupción que le había durado veinticuatro horas, presentaba ahora una laringitis catarral que cedió en seguida; pero es de advertir que los otros cuatro hermanos también habían tenido iguales síntomas catarrales y la misma erupción tan fugaz, y que unos primos suyos, recluídos en un colegio y á los cuales fueron á ver, presentaron esta misma erupción. ¿Creéis que esto ha podido ser sarampión?

Operación de Porro. — El Dr. Parache: Voy á hacer algunas consideraciones, contestando á lo dicho por el Dr. García de Arias, referentes á la septicemia puerperal; enfermedad que, aunque desarrollada con motivo de un acto natural, es grave como todas las infecciones, y produce una mortalidad grande y frecuente.

La infección puerperal, dice, no es uniforme, tiene pluralidad de formas anatómicas y clínicas. La producen diversos agentes y es varia su localización; de ahí que los tratamientos sean múltiples, y, por consiguiente, no se puede aceptar el tratamiento único por el raspado, conocido hace más de veiticinco años, desde que lo instituyera Doleris, y preconizado por S. S. de tal modo, que parecía se apropiaba su invención.

Repite que no es posible englobar en una las descripciones de esta enfermedad; enumera sus agentes productores: estreptococo, estafilococo, gonococo, bacilo diftérico, vibrión séptico, bacilo tetánico, etc.; sus muchas localizaciones, unas endometríticas con multitud de formas, otras para y perimetríticas, salpingíticas, ováricas, etc., etc., y siendo esto así, pregunta: ¿qué pasaría si raspásemos el útero de una puérpera diftérica ó con tétanos? ¿Qué va á hacer el raspado en la linfangitis, en la flegmasía alba dolens y en esas otras formas de septicemia generalizada parecidas á tifoideas?

Hay algunos casos, sin embargo, en que, efectivamente, la afección es local, existe retención de loquios producida, no como decía el Dr. García de Arias, por anteflexión uterina, sino por retroflexión, que impide la salida de coágulos, restos de membranas, etc., los cuales, fermentados (sapremia) ó descompuestos por otros agentes microbianos, dan lugar á la absorción de productos que alteran la economía. En estos casos la indicación vital es dar salida franca á estos exudados, pero ni aun en ellos debe hacerse el raspado con cucharilla cortante, sino con cucharilla roma ó con el dedo, para no abrir nuevas bocas á la infección. Aceptaría el legrado con cucharilla cortante si tuviésemos la seguridad de que con él habíamos separado todos los productos sépticos quedando aséptica la cavidad uterina, porque entonces poco podía importar que quedasen puertas de infección, pero como las cosas no suceden así, como no es posible quitar todo lo séptico de la cavidad de la matriz — y así lo reconoce dicho señor, por lo que recomienda el legrado en varias sesiones — y como la zona raspada se reinfecta por los gérmenes de la zona no alcanzada por la cucharilla y el pro-

ceso sigue su curso, de ahí que no admita el legrado más que en contadas ocasiones, y me limite al lavado intrauterino con disoluciones de substancias poco ó nada tóxicas como medio mecánico y al establecimiento de un perfecto desagüe. Claro es que tampoco es aceptable cuando los agentes patógenos se hallan fuera de la mucosa (miometrio, parametrio, peritoneo, etc.).

Por las razones ya apuntadas, no cabe un tratamiento único y exclusivo, y por eso se ha apelado y ensayado todo lo que ha parecido lógico, según la forma de la infección, con lo cual se ha llegado á disminuir la cifra de mortalidad, pero no á curar la totalidad. El mejor agente contra la infección es el propio organismo, y nuestros esfuerzos han de tender á defender y aumentar las resistencias, y aun con todo y á pesar de todo, ha habido y hay enfermas que se mueren.

Creo, como el Dr. Recasens, que la vagina no se aseptiza, y tan es así, que ningún cirujano que se tome por tal, interviene en el vientre después de operar en ella. ¿Hay alguno capaz de aseptizar una vagina con un proceso como el que tenía nuestra enferma? ¿Cabe la asepsia vaginal cuando existe un mioma uterino ulcerado?

Termina insistiendo en que hay más casos que el citado por Krönig de infecciones más ó menos graves producidas por rasgaduras vulvovaginoperineales, y buena prueba de ello es el precepto de suturar inmediatamente todo desgarro producido en esos sitios durante el parto.

El Dr. *Botella* dice que se va á separar de la discusión acerca del raspado en la septicemia, pues á lo que parece, hasta Pinard lo va abandonando, según ha leído en *La Presse medicale*, y sólo dirá cuatro palabras referentes á la operación de Porro.

Siempre había creído que las infecciones pútridas puerperales generalmente eran de forma benigna, y que bien tratadas no causaban mortalidad alguna, habiéndolo comprobado así en varios casos de mi práctica. Pero los casos presentados por Demelin en 1901 y las estadísticas de Ercole Cola, Hormayen, Stanga, etc., han hecho oscilar mis creencias, y convendríame saber qué tratamiento es aplicable en los casos de putridez del líquido amniótico sola ó con feto putrefacto. Estima, sin embargo, que en el del doctor Recasens era más aplicable una versión hecha con precauciones, cuidando de extraer la cabeza última con el menor traumatismo posible del conducto genital, empleando la maniobra de Champetier.

El Dr. *Soriano* estima que no cabe un tratamiento exclusivo y único para las variadas formas de septicemia puerperal, y que el raspado tiene una indicación racional en los casos de retención placentaria, sin que esto quiera decir que cure siempre.

El Secretario de actas,

DR. POLO Y TREMPS.

PERIÓDICOS

Un caso de intoxicación por el lisol.—El Dr. D. Justo Díez Tortosa, alumno interno por oposición de la Facultad granadina, ha publicado en la *Gaceta Médica de Granada* la observación siguiente:

«Dr. Pagés: El autor ha observado un caso de intoxicación por el citado antiséptico, digno de ser mencionado.

Una enfermera, queriendo poner un enema á una enferma, vertió equivocadamente en los 500 gramos de agua del enema una cucharada de lisol en lugar de una de glicerina. Dos ó tres minutos después, la enferma acusó una tendencia de desfallecimiento muy pronunciado y sabor en la boca á ácido fénico.

La enfermera reconoció inmediatamente su error, y corrió presurosa á contarlo al autor. Este dispuso hacer una irrigación con agua hervida, en tanto acudía al lado de la enferma. Cuando esto ocurrió, siete ú ocho minutos después de la administración del enema, pudo observar la palidez extrema de la paciente, inmóvil sobre su lecho, incapaz de responder á las preguntas que se le hacían, si bien enterándose perfectamente de ellas. El pulso y la respiración estaban acelerados, además el pulso era también pequeño y regular. La pupila en mediana dilatación; ni había midriasis ni miosis.

Más tarde la enferma pudo referir que dos ó tres minutos después del enema, experimentó desfallecimiento semejante al sentido varios días antes al comenzar á ser cloroformizada.

Mientras tanto, se habían inyectado en el intestino 3 ó 4 litros de agua hervida, pero la enferma ni había devuelto el enema, causa de la intoxicación, ni el agua de la irrigación.

Se introdujo entonces profundamente una sonda esofágica, á pesar de la cual y de las presiones hechas sobre la pared abdominal, la cantidad de líquido expelido era insignificante. Cabía pensar en una obturación de la sonda.

Ante la ineficacia del medio empleado, el autor dirigió su atención hacia el corazón, levantando su desfallecimiento con una inyección de 0'75 centígramos de cafeína, y procurando al mismo tiempo hacer reaccionar á la enferma con tópicos calientes.

Después intentó extraer los líquidos por aspiración con una jeringa de gran tamaño y con el aspirador de Potain, no consiguiendo extraer más de 400 gramos. Luego inyectó un litro de suero.

Prescribió después enemas con sulfato de sosa, en calidad de antídoto del ácido fénico, que rápidamente son expulsados, pero no así los 4 litros de agua hervida puestos en primer término, ni el enema causante del accidente, y la enferma siempre en el mismo estado de lipotimia.

Por fin el autor inyecta 2 cent. cúbs. de éter, haciendo tomar al mismo tiempo por la vía bucal 45 gramos de sulfato de sosa.

Algunos minutos más tarde, es decir, una hora después de iniciarse la

intoxicación, la enferma sale de su estado sincopal, puede ya hablar, y con este retorno de las fuerzas coincide la salida espontánea de los líquidos acumulados en el intestino en cantidad de 4 litros próximamente. Después de esto, lava por dos veces el intestino con agua hervida, que se expulsa después con facilidad. En este momento la enferma tiene 92 pulsaciones y 32 ritmos respiratorios, no siente dolor abdominal, pero sí sensación gustativa de ácido fénico.

Se le hace tomar café con ron, y lo vomita inmediatamente.

El accidente había comenzado á las siete de la mañana; tres horas después, ó sea á las diez, hizo una deposición sin sangre. Por razones operatorias particulares, la enferma no podía orinar espontáneamente, practicándose el cateterismo á las dos y media de la tarde.

Por este medio se consiguió extraer hasta 600 gramos de orina, de una coloración morena, sin contener albúmina. A las cinco de la tarde la enferma tiene una temperatura de 38°,2, la respiración se repite cuarenta y ocho veces por minuto y 120 el pulso; experimenta sensación de malestar y náuseas. En estas condiciones se la inyectan 500 gramos de suero artificial con 50 centígramos de cafeína. A las nueve de la noche el pulso desciende á 104 con algunas irregularidades, y una hora antes se le habían extraído 125 gramos de orina todavía parduzca.

Al día siguiente la temperatura por la mañana era sólo de 37°,2, y el pulso se repetía noventa y dos veces por minuto.

Durante este segundo día fué sondada tres veces, obteniéndose 450 gramos de orina, cuyo color obscuro va disminuyendo, lo mismo que la cantidad total de dicho líquido. A la tarde de este día, la temperatura aumenta en 5 décimas, el pulso es regular y con una frecuencia de 92.

Las reglas, que habían cesado veinte días antes, reaparecen en este momento.

En los días siguientes todo entra en el orden normal, conservando, sin embargo, la orina un tinte algo subido durante cuatro días, sin haber presentado jamás albúmina.

El lisol, que hoy es usado con bastante frecuencia en cirugía, se obtiene tratando por la potasa, en presencia de cuerpos grasos y resinosos, el cresilol, que es un homólogo superior del fenol.

Todos los autores están conformes en que el lisol es menos tóxico que el fenol. Según Remouchamps y Sugg, la dosis tóxica para los conejos y conejillos de Indias es de 2 gramos por kilogramo de animal, mientras que es de 0'30 gramos con el ácido fénico.

Correlativamente para la especie humana sería en este caso, en el que la enferma pesaba 60 kilos, la dosis tóxica de lisol 138 gramos, pero no hay que olvidar las diferentes susceptibilidades, según la especie y el individuo. En el caso presente se habían administrado 15 ó 20 gramos de lisol por la vía rectal.

Entre todos los datos suministrados, ninguno fué tan particular como la melanuria.

El fenol se elimina por la orina, casi en totalidad, bajo la forma de substancias fenolformatrices, de las que una sería el ácido fenilsulfúrico, que se transforma en fenilsulfato alcalino (de donde la indicación de emplear e

sulfato de sosa como antídoto), pero también bajo la forma de hidroquinona y de pirocatequina, la coloración subida de las orinas sería debida á los productos de oxidación de la hidroquinona y de la pirocatequina.

La intoxicación fénica deprime el sistema nervioso, produciendo embriaguez, palidez del semblante, enfriamiento de las extremidades y pérdida del conocimiento. A veces estos accidentes son muy rápidos.

F. Friedberg cita un caso de muerte en doce minutos con 8 gramos de ácido fénico.

En la presente intoxicación merecen señalarse las siguientes particularidades: la fiebre (38°,2 la primer tarde, 37°,7 la segunda), en tanto que el ácido fénico produce hipotermia; por otra parte, la aceleración del pulso, en lugar del retardamiento que han señalado otros autores.

El Dr. Maas ha experimentado el lisol sobre las ranas, y ha visto que éste debilitaba las contracciones del músculo cardíaco de aquéllas.

Pero no siempre se pueden trasladar estas conclusiones al hombre; así, el ácido fénico excita y produce convulsiones en los individuos de las especies animales, mientras que deprime en el hombre.

Termina el autor razonando su tratamiento del siguiente modo, con las diversas indicaciones: 1.ª, ensayando de suprimir la causa y evacuando el intestino; 2.ª, sostuvo las fuerzas y estimuló el miocardio por medio del éter y la cafeína; 3.ª, evitó el enfriamiento por los tópicos calientes; 4.ª, trató de sustraer el veneno de la sangre por las inyecciones del suero; 5.ª, intentó neutralizar por el sulfato de sosa, que es el antídoto del ácido fénico; llegando así á llenar las cinco indicaciones fundamentales del tratamiento de la intoxicación aguda por el ácido fénico, establecidas por Arnozan en su *Tratado de Terapéutica*». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 20 de Junio de 1905.

De los formiatos.—El Dr. HUCHARD: Se ha extendido el poder de los formiatos mucho más allá de los límites que yo había precisado en mi comunicación. He insistido particularmente sobre su acción tonimuscular y diurética, y posteriormente mi opinión se ha afirmado más todavía, pero yo no he pretendido obtener todos los maravillosos efectos que se le han atribuído injustamente. He señalado al par que sus ventajas lo perjudicial de algunas preparaciones bajo el punto de vista gástrico, y hoy hago constar mi protesta contra el abuso que se ha hecho de este medicamento y de mi nombre.

La nutrición en los tuberculosos. — El Dr. Pouchet, en nombre del doctor René Laufer: Respecto á la nutrición de los tuberculosos por las grasas, resulta de la experimentación y de la clínica que éstas determinan en la tuberculosis una detención, y por consecuencia, un ahorro notable de nitrógeno; tanto es así, que las dosis crecientes de las grasas aumentan el ahorro nitrogenado, pero sólo hasta cierto punto, puesto que más allá de éste, dicho ahorro queda estacionario; por lo tanto, queda un exceso de materias grasas que, cuando menos desde este punto de vista, resulta inutilizado.

Este resultado está confirmado por el examen de los enfermos sometidos, los unos á un régimen de grasas á altas dosis (150 á 300 gramos por día, comprendiendo las substancias grasas de la alimentación y una cierta dosis de grasas sobreañadida en forma de manteca ó de aceite), y los otros á dosis moderadas (80 á 100 gramos por día en total). Para la primera categoría (altas dósis), la curva del peso de los enfermos se eleva rápidamente, en seguida se hace horizontal, y finalmente, desciende algunas veces por debajo de los puntos primitivos, ora por alteraciones digestivas, ora por pérdida del apetito para otros alimentos, ora, en fin, por falta de utilización. Para la segunda categoría (dosis moderadas), el peso se eleva lentamente, pero de una manera progresiva y continua, de suerte que al término del experimento se llega á obtener un beneficio cierto.

Debe tenerse en cuenta la cantidad de substancias grasas de los alimentos, antes de prescribir grasas de diversas formas, para no llegar á cantidades tales que no sólo sean inutilizadas, sino nocivas para el tubo digestivo.

Es tal la importancia de la nutrición en los tuberculosos, que ninguna medicación dará resultados si la nutrición no es, ante todo, juiciosa y racionalmente establecida.

Muerte súbita de origen gástrico. — El Dr. Benjamin: Dos asnos llegados del Mans al medio día, sucumbieron la misma tarde con una hora de intervalo. La autopsia mostró, tanto en el uno como en el otro, una plenitud extrema del estómago, que no contenía ni gases ni líquidos, sino que estaba abarrotado de alimentos secos.

Estos hechos concuerdan con los expuestos á la Academia en 1902 por el Dr. Lancereaux relativos á tres muertes súbitas de origen gástrico, que confirman los fenómenos observados por Reynier cuando, experimentando en tres perros, midió la presión arterial y notó en ella muy importantes modificaciones, según que llenara ó vaciara el estómago.

De la declaración de las enfermedades epidémicas. — El Sr. Presidente: Como conclusión de la discusión habida, se proponen (y se aprobaron) las dos conclusiones siguientes: 1.ª, la Academia cree que se ha de hacer una aplicación estricta y rigurosa de la ley acerca de la declaración de las enfermedades infecciosas; y 2.ª, que el Reglamento vigente relativo á la aplicación del art. 33 de la ley de 15 de febrero de 1902 para determinar las condiciones con que ha de funcionar el servicio de desinfección, contenga explícitamente «que la desinfección prescrita por la ley sea obligatoria, efectiva y comprobada».—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 21 de Junio de 1905.

Degeneración del muñón cervical después de la histerectomía parcial por fibroma uterino.—El Dr. *Quénu* dijo que había observado esta degeneración en varios casos; pero lo que conviene saber es que la histerectomía total puede ser seguida también de la transformación cancerosa de la cicatriz vaginal, de la que se han citado varios ejemplos. El Dr. Quénu ha visto recientemente un caso de este género. Se trata de una mujer, á la que cinco años antes practicó la castración total por salpingitis doble. En la actualidad, la enferma tiene un cáncer en la cicatriz vaginal.

Nada tiene esto de extraño, si se considera que el tejido cicatrizal es un terreno abonado para el desarrollo del cáncer. La aparición de un cáncer genital puede manifestarse, lo mismo después de la histerectomía total que de la parcial; es cuestión de terreno, porque ciertas mujeres están predispuestas al desarrollo del cáncer en el cuello del útero, en la cicatriz de la vagina ó en otros puntos del organismo.

El Dr. *Richelot* manifestó que el cuello uterino experimenta la degeneración cancerosa después de la histerectomía parcial con más frecuencia que la cicatriz de la vagina; como, por otra parte, la técnica de la histerectomía total no es mucho más difícil ni más larga que la parcial, no comprende por qué ha de practicarse esta última operación en los casos de fibromas uterinos.

El Dr. *J. L. Faure* dijo que aquella misma mañana había hecho en una mujer de cuello uterino sospechoso la histerectomía abdominal total, llamándole la atención una vez más las dificultades operatorias; tardó sólo en obtener la hemostasia tanto tiempo (veinticinco minutos) como se necesita de ordinario para terminar por completo la histerectomía parcial. Por otra parte, los destrozos operatorios son en la histerectomía total mucho más extensos, lo que explica su mortalidad mayor.

El Dr. *Poirier* indicó que estaba completamente de acuerdo con el doctor Faure, respecto á las dificultades y á los peligros mayores de la histerectomía total.

Tratamiento de las luxaciones recidivantes del hombro por la capsulorrafia.—El Dr. *Ricard* manifestó que desde su primera comunicación ha recomendado usar, para esta capsulorrafia, seda en vez de catgut, porque la coaptación de los tejidos fibrosos es muy difícil de obtener con éste, por absorberse con gran rapidez. Así se explica perfectamente la recidiva que ocurrió en el enfermo del Dr. Picqué después de la capsulorrafia con catgut.

La capsulorrafia en ciertos casos de cápsula muy laxa, debe ser practicada en gran extensión. Para esto se utilizará con ventaja la incisión en L, cuya rama vertical pasará por el surco pectorodeltoideo, y la transversal desinsertará el deltoides; de este modo se ensancha de un modo notable el campo operatorio.

Conservación de los ovarios y del útero en las operaciones por anexitis. — El Dr. *J. L. Faure* dijo que la cuestión planteada por el Dr Tuffier, la de las

operaciones conservadoras, está resuelta en principio desde hace bastante tiempo; todos los ginecólogos, si bien están conformes en extirpar los ovarios enfermos, no lo están menos en conservar el ovario sano. Las dificultades principian y las divergencias aparecen cuando se trata de apreciar el estado de los ovarios.

El ovario es un órgano polimorfo—no hay dos ovarios que se asemejen—y puede contener á la vez quistes normales, vesículas de Graaf y microquistes patológicos que nada permite distinguir unos de otros. Así que durante una operación, cuando se encuentran ovarios dudosos, son permitidas todas las dudas.

Porque los inconvenientes de extirpar los ovarios sanos, cuando se sacrifican las trompas y la mujer queda infecunda, son menores que los de dejar los ovarios enfermos, que hacen persistir los dolores y hacen necesaria á veces una nueva operación.

Cree el Dr. Faure que la comprobación del dolor durante el examen clínico es, á falta de otro signo mejor, el que debe servir de criterio para amoldar nuestra conducta.

Antes que verse obligado á operar de nuevo á las enfermas por practicar en ellas operaciones económicas, cree preferible ser más radical, y en los casos dudosos extirpa todo, prefiriendo los inconvenientes, en general ligeros, de una menopausia anticipada á los riesgos, á veces serios, á que expone la persistencia de una enfermedad y á los peligros de la operación que suele exigir.

Es necesario, por lo tanto, reconocer los ovarios del mejor modo posible; pero es de creer que no tardaremos mucho en poder distinguir á simple vista los ovarios sanos de los enfermos.

Tuberculosis del ciego. — El Dr. *Delbet* refirió un caso de tuberculosis hipertrófica del ciego, tratada y curada por la resección íleocecal. En este caso la afección se desarrolló con todos los síntomas de la apendicitis. Al operarse encontró un tumor intracecal voluminoso procedente, al parecer, de la válvula de Bauhin, y formado sobre todo á expensas de la mucosa cecal en estado de hipertrofia proliferante. El apéndice se hallaba transformado en una especie de masa gelatinosa amarillenta. El examen microscópico demostró la naturaleza tuberculosa de las lesiones. La resección del asa íleocecal fué seguida de curación, que persiste en la actualidad.

El Dr. Delbet llamó la atención de una manera especial acerca de un procedimiento sencillo y rapidísimo de latero-anastomosis, al que ha recurrido en este caso para restablecer la continuidad del tubo intestinal. Suturó primero los extremos del colon ascendente y de la terminación del íleon, después invaginó éste en el colon en una extensión de varios centímetros, y por último, fijó esta invaginación por medio de una córona de puntos seroserosos que unían la serosa del intestino delgado á un rodete de invaginación. Esta sutura, más fácil, más rápida y más segura que la terminolateral ó laterolateral, sólo puede ejecutarse en condiciones especiales: es preciso que los dos segmentos del intestino que han de anastomosarse sean próximamente del mismo calibre, que el segmento inferior tenga las paredes delgadas, y sobre todo poco cargadas de grasa y, por último, que los dos extremos del intestino que deben aproximarse sean muy movibles.

El Dr. *Lequeu* dijo que había operado dos casos de tuberculosis íleocecal, que cree conveniente referir, porque representan dos formas anatomopatológicas distintas de esta afección.

El primero era un caso de tuberculosis hipertrófica (tuberculoma), localizado en el ciego; el apéndice y el íleon estaban completamente sanos. Lesiones clásicas más desarrolladas en la submucosa, de aspecto casi normal. Operación simple: resección de 20 centímeeros de intestino seguida de curación.

El Dr. *Guinard* dijo que en los casos de gangrena herniaria emplea el procedimiento siguiente: Invagina el extremo superior con la porción intestinal gangrenada en el extremo inferior, y hace una sutura circular, como el Dr. Delbet. Conviene no invaginar el extremo inferior en el superior, porque se forma una válvula parecida á la íleocecal, y resulta una verdadera obstrucción intestinal. En la invaginación preconizada por el Dr. Delbet, hay también válvula, pero en el sentido de la circulación de las materias intestinales, y no expone, por lo tanto, á la obstrucción.

El Dr. *Routier* indicó que era partidario de la entero-anastomosis lateral, que cree preferible á la longitudinal.

El Dr. *Poirier* dijo que no comprendía la necesidad de las invaginaciones que complican el acto operatorio. Acostumbra siempre á confrontar los dos extremos, reduciendo las dimensiones del mayor á las del menor. Jamás ha tenido un fracaso con este método.

El Dr. *Walther* manifestó que en dos casos ha obtenido resultados excelentes colocando de antemano sobre las paredes de los dos extremos, y á bastante distancia de la sección del intestino, cuatro hilos en asa, que anuda después de la sutura circular y de la invaginación del extremo superior en el inferior.

Anestesia por el cloroformo después de la inyección subcutánea de escopolamina. — El Dr. C. Walther: He empleado en 56 casos la escopolamina como anestésico, usando la fórmula del Dr. Terrier:

Bromihidrato de escopolamina.....	1 milígramo.
Cloruro mórfico..	1 centígramo.
Agua destilada	1 cent. cúb.

Inyecto al enfermo 1 cent. cúb. de esta disolución una hora antes de ser operado. A los diez ó quince minutos el enfermo queda dormido. Una hora después administro el cloroformo, para lo que utilizo el aparato de Ricard. Desde las primeras bocanadas de anestesia, el enfermo vuelve á dormirse, si se despierta al aplicarse el aparato, y pasa insensiblemente del sueño de la escopolamina al del cloroformo.

No hay período de excitación. Durante el sueño clorofórmico el pulso es lleno y regular, la respiración lenta, profunda y rítmica, y la cara queda algo congestionada. Cuando desaparece la acción del cloroformo, el sueño es, como antes, ligero y soporoso y dura de dos á cinco horas, según los sujetos. Algunos enfermos no tuvieron dolores á la noche siguiente, pero en la mayoría fueron tan fuertes, que hubo necesidad de hacer una inyección hipodérmica de morfina ó de heroína.

La escopolamina aumenta bastante la secreción urinaria.

El Dr. Terrier ha hecho varios reproches á la escopolamina: 1.°, variabilidad de la acción del anestésico según los sujetos. Esta objeción carece de fundamento, porque el método consiste, no en obtener la anestesia por la escopolamina, sino en preparar y regularizar la anestesia clorofórmica; 2.°, vasodilatación, que exige precauciones minuciosas de hemostasia, que prolongan el acto operatorio. Creo que este inconveniente no existe haciendo una sola inyección de escopolamina; 3.°, contractura de la pared abdominal. Este inconveniente desaparece con el nuevo método.

Llego á la cuestión de los vómitos. He procurado averiguar si los vómitos eran debidos á la alteración de la escopolamina en una disolución antigua, á la alteración de la morfina, á la presencia de la apomorfina en una disolución esterilizada á alta temperatura. Resulta de mis observaciones que no hay diferencia alguna en la acción de la escopolamina y de la morfina, sino sólo algunas diferencias individuales en lo que á los vómitos se refiere.

Según lo que he observado hasta ahora, creo que la laparotomía no ejerce influencia benéfica alguna sobre los vómitos clorofórmicos.

En resumen, los inconvenientes del método de las tres inyecciones repetidas desaparecen en el método de la anestesia clorofórmica precedida de una sola inyección subcutánea de un milígramo de escopolamina.

He observado, por el contrario, las ventajas señaladas por el Dr. Terrier:

1.ª Supresión de todo temor de anestesia.

2.ª Supresión del período de excitación.

3.ª Persistencia durante varias horas después de la operación de un sueño tranquilo.

4.ª Aumento de la secreción urinaria.

5.ª Ventaja superior á todas: cualidad del sueño clorofórmico. Jamás he observado, ni aun en la anestesia con los aparatos modernos, un sueño tan regular, una respiración de ritmo tan igual, y esto de un modo constante, en 56 casos consecutivos.

Diré, para terminar, que sólo he empleado la escopolamina en los adultos. En los niños de doce á catorce años he obtenido con una inyección de medio milígramo resultados tan excelentes como en el adulto No he empleado el medicamento en niños más jóvenes.

El Dr. Terrier: Sigo empleando las inyecciones subcutáneas de escopolamina como anestésico, pero he modificado la técnica, y en vez de hacer como al principio tres inyecciones subcutáneas de á milígramo cada una cuatro, dos y una hora antes de la operación, hago una sola inyección de 1 milígramo, dos horas antes de la operación. Creo que así no sólo se obtienen las mismas ventajas, sino que se evitan algunos de los inconvenientes señalados: contractura de la pared y vasodilatación superficial.

He visto presentarse los vómitos en 3 casos de 43. En estos 3 enfermos empleé una disolución de escopolamina preparada hacía bastante tiempo. La escopolamina es un cuerpo inestable que se altera con la luz y el aire. Más todavía: la disolución que empleé fué esterilizada á 120°. A esta temperatura la morfina contenida en la disolución se descompone poco á poco, formándose apomorfina, substancia que provoca con facilidad el vómito.

La escopolamina se descompone también en hioscina y atroscina, que no

poseen las mismas propiedades fisiológicas que ella. Esta descomposición es, sin embargo, muy lenta, y así se explica la falta de vómitos.

Hay un medio, mejor dicho dos, de remediar este inconveniente. El primero consiste en emplear para la disolución agua esterilizada de antemano y no esterilizar la disolución. El segundo consiste en tyndhalizar la disolución, es decir, en elevar su temperatura á 70° seis veces. Así se evitan las descomposiciones que acabo de señalar.

Cuerpo extraño del ojo. — El Dr. Poirier: Una joven de quince años cayó en la calle y quedó aturdida. Se la levantó y fué á pié á una farmacia, donde se la prestaron los primeros socorros. Como se quejara del ojo izquierdo y de la cabeza, y como, al parecer, había penetrado en el ojo un cuerpo extraño, fué conducida al hospital.

Al reconocerla se descubrió en el ángulo interno del ojo izquierdo un cuerpo extraño bastante voluminoso, de forma algo irregular y de 5 milímetros de diámetro próximamente. Instilé unas cuantas gotas de cocaína, y después de varias tentativas, conseguí con las pinzas de Kocher extraer el cuerpo extraño, que era un lápiz de 13 centímetros de longitud. La extracción no fué seguida de hemorragia, ni de infección, ni de fenómeno cerebral alguno, curando al fin por completo de la ptosis izquierda, de la oftalmoplegia total y de la dilatación pupilar que quedaron después de extraído el cuerpo extraño.

La longitud del lápiz no permite dudar de su penetración en el cráneo.

La oftalmoplegia y la ptosis hacen creer que la penetración se hizo por la hendidura esfenoidal.

La contera metálica del lápiz hace suponer que algunos órganos se libraron del traumatismo deslizándose á los lados de dicha extremidad en vez de ser rechazados hacia adelante por ella. Unicamente los órganos nerviosos de la hendidura esfenoidal comprimidos entre el lápiz y los bordes de esta hendidura debieron hasta ser cortados. La falta de hemorragia intracraneana inmediata, á pesar de la proximidad del seno cavernoso y de la carótida, fué debida, al parecer, á la misma causa.

La falta de fonómenos infecciosos merece llamar la atención.

Separación espontánea de un apéndice.— El Dr. Villemin: Al tratar de la apendicitis, se habla con frecuencia de cavidad cerrada. La pieza patológica que presento demuestra algo más que una obliteración del conducto apendicular. Entre el muñón adherido al ciego y el resto del apéndice había, no un cordón fibroso ó un vestigio cualquiera resultado de la obliteración, sino una falta total de todo órgano en una longitud de 5 á 6 milímetros. Entre las dos hojas serosas del meso-apéndice nada hay que establezca la continuidad entre las dos partes.

Este apéndice pertenece á un niño de once años que padeció una crisis ligera de apendicitis seis años antes.—F. Toledo.

XXIV CONGRESO ALEMÁN DE CIRUGÍA

Celebrado en Berlín los días 26 al 30 de Abril de 1905.

(Continuación)

Momento oportuno de intervenir en los casos de apendicitis. — El Dr. *Körte* (de Berlín) presenta una estadística de 1791 casos de apendicitis, entre operados y no operados, y á renglón seguido añade lo siguiente:

Hace algunos decenios no se operaban más que aquellos casos de apendicitis que habían determinado una peritonitis. Schüller fué el primero que en 1889 practicó con éxito una operación precoz. En 1890 practicó Kümmell la primera operación en un intervalo libre. En 1899 varios cirujanos, entre ellos Rose, Rehn, Riedel y Sprengler defendieron la operación precoz, y sin embargo, aun hoy mismo hay discordancia de pareceres, puesto que mientras Riedel defiende la operación muy precoz, el autor no era tan radical. Pero poco á poco ha ido ganando terreno la opinión de la operación precoz.

Para resolver la cuestión se deben precisar antes los dos puntos siguientes: 1.° ¿Cuáles son los peligros del ataque agudo de apendicitis? 2.° Si los podemos reducir mucho por medio de la operación. En otro tiempo se decía que el peligro era muy pequeño, sobre todo por los médicos, y aun hoy en día dicen algunos que no han perdido un enfermo de apendicitis, aunque confiesan que puede venir la terminación mortal por peritonitis. Pero el autor se ha convencido por experiencia personal en estos últimos años de que los peligros son muy grandes, y que consisten precisamente en la aparición temprana de la peritonitis. Así sucedió, en los tres primeros días de enfermedad, en 57 de sus casos. De ellos, los operados en los dos primeros días dieron una mortalidad de un 18'5 por 100 y los operados en el tercer día una mortalidad de 36'6 por 100.

Se trata ahora de dilucidar si se hubiesen podido evitar estos 57 casos de peritonitis. En realidad, no sabemos cómo se conduce el apéndice en los tres días primeros. Cuando se opera en estos días, se encuentra á veces nada más que una infiltración muy reducida de células pequeñas, pero es más frecuente encontrar ya el apéndice como una vejiga llena de pus. Estos casos son los que inclinan el ánimo á la operación precoz. ¿Podemos conocer la inminencia de la peritonitis? Preciso es reconocer que no. Puede suceder que los síntomas característicos falten al principio y no se presenten hasta más tarde. Pero entonces, cuando se procede á la operación, ya es demasiado tarde por lo general. La inflamación serosa debe distinguirse anatomopatológicamente de la purulenta, pero es un error creer que ha de mediar mucho tiempo entre la una y la otra, puesto que el autor ha encontrado pus en un caso á las trece horas de haberse iniciado el ataque agudo. Por esta razón se debe operar lo más pronto posible.

De la estadística del autor resulta que la operación precoz, ó sea la que se ejecuta en los tres primeros días, se practicó en 137 casos, y que en 57 de ellos ya había peritonitis. De los 27 operados en los dos primeros días

murieron 5, y en cambio, de los 30 operados el tercer día murieron 11. Conviene, por lo tanto, operar en los dos primeros días.

Se ha planteado la cuestión de si la operación no sería acaso perjudicial en los casos en que todavía no existe supuración. Ahora bien, de los 80 casos de este grupo de la estadística del autor, no sucumbió ninguno después de la operación, y otros cirujanos refieren resultados análogos.

Pero además de la peritonitis amenazan la vida del enfermo otras complicaciones, tales como la pieloflebitis (20 casos del autor, de los cuales se salvaron 2 con la operación), los abscesos subfrénicos con una mortalidad de un tercio, el empiema, la pielitis, las adherencias extensas de los intestinos entre sí y con los órganos inmediatos, que pueden dar origen á la oclusión intestinal. Casi todas estas complicaciones se pueden evitar con la operación precoz, que reduce también mucho las adherencias que siempre se producen con la intervención quirúrgica. En el apéndice mismo encontramos el empiema y la necrosis. En principio no existe diferencia esencial entre la apendicitis purulenta y la gangrenosa. Cierto que ésta también se puede curar sin operación, pero falta saber si el sujeto podrá resistir tan grave enfermedad, que exige una larga permanencia en la cama.

Después del tercer día, á contar del comienzo de la enfermedad, se debe esperar, cuando la inflamación está localizada, para abrir los abscesos que se formen. Si se trata de recidivas, hay que operar en el período intermedio, por más de que en este período los resultados ya no son tan favorables, porque las suturas cortan fácilmente los tejidos; es más frecuente que sobrevengan fístulas estercoráceas, y la curación se logra con más dificultad que después de la operación de un absceso.

El tratamiento quirúrgico de la peritonitis después del tercer día dió en 188 casos una mortalidad de 60 por 100. En estos casos se debe proceder con mucha circunspección para operar; el estado paralítico de los intestinos influye desfavorablemente en los resultados operatorios, y buen número de pacientes sucumben de colapso.

La operación en frío está casi exenta de peligro: de 579 operados en estas condiciones, se salvaron 573. Se debe esperar á que haya terminado por completo el ataque, pero una vez llegado el momento oportuno, no se debe demorar la operación, puesto que ésta es tanto más difícil cuanto mayores son las adherencias.

Pseudo-apendicitis.—Algunas personas creen padecer de apendicitis crónica, y hasta pretenden ser operadas porque sienten dolores en el lado derecho del vientre; pero si la exploración da un resultado negativo, se debe esperar á que sobrevenga un ataque agudo antes de decidirse á intervenir.

Apendicitis obliterante. — También estos enfermos se quejan de dolores y molestias; si se practica la operación radical, se encuentra que no estaba indicada. En algunos casos encontró el autor cánceres pequeños en el apéndice, pero que no tenían nada que ver con el ataque.

Después de la operación se presentan á veces ciertas molestias. El autor ha tenido que operar por segunda vez en dos casos á causa de molestias que eran producidas por fuertes adherencias.

En resumen: 1.° En todo ataque agudo de apendicitis se debe practicar la operación lo más pronto posible; 2.°, la operación de la peritonitis prac-

ticada en los días primero y segundo de enfermedad consigue curar todavía un buen número de casos; 3.°, las operaciones realizadas en el período intermediario no dan tan buenos resultados; 4.°, los da desfavorables la operación de la peritonitis que se practica después del tercer día de enfermedad; 5.°, la operación en frío se debe hacer lo más pronto posible una vez terminado el ataque agudo.

El Dr. *Roux* (de Lausana) recuerda que ha sido el primero que operó la apendicitis en 1881. Cree que con una alimentación adecuada y con una conducta muy higiénica en todo lo demás se puede evitar en muchos casos de apendicitis que sobrevenga la peritonitis y hasta que se presente la misma apendicitis. Esta la trata el autor suprimiendo toda alimentación y sin recurrir al opio; con este tratamiento basta aun en los casos de peritonitis circunscrita. Si se prefiere operar, debe hacerse cuando aún no hayan pasado treinta y seis horas desde el comienzo de la enfermedad; en los casos en que procedió así no le ha ocurrido ningún contratiempo. De 1220 casos, sólo se murieron 2 á consecuencia de la anestesia. En determinados casos no se encontró apendicitis. Pero dada la falta de peligro de la operación, es mejor operar muy pronto, á riesgo de que no haya apendicitis, que aguardar demasiado, cuando los resultados de la operación son mucho peores. La operación en frío hay que hacerla después del primer ataque agudo.

El Dr. *Kümmel* (de Hamburgo) dice que antes era partidario del tratamiento conservador, porque era mucho mayor el número de casos leves que el de los graves, pero que ahora, á medida que ha aumentado el número de casos, han adquirido un carácter más maligno, y por esta razón también opera más que antes.

De 264 casos operados, 164 lo han sido en frío con sólo un muerto; en cambio, de 81 casos graves (peritonitis), murieron 50. Por esto el autor se ha hecho partidario de la operación precoz. De 1.000 casos operados antes, 700 lo fueron en frío, con una mortalidad de $^1/_2$ por 100; 118 operaciones de absceso dieron una mortalidad de 10 por 100; 87 operaciones tardías, habiendo ya peritonitis, dieron una mortalidad de 75 por 100. En cierto número de casos el proceso, aunque grave, se había desarrollado con pocos síntomas, lentamente y de un modo casi latente. Es muy común que las lesiones anatómicas contrasten, según esto, con el curso clínico, y por lo tanto, no es posible establecer un pronóstico determinado en la apendicitis. Para tener la casi seguridad de un resultado favorable, es preciso proceder á la extirpación precoz del apéndice.

En cambio, el autor es enemigo de toda operación practicada después del tercer día de enfermedad; en estas circunstancias debemos limitarnos á incindir los abscesos y demorar la extirpación del apéndice hasta después de seis semanas; sólo cuando la gravedad del caso lo exige es cuando habrá que operar más pronto.

El Dr. *Rotter* (de Berlín) manifiesta estar de acuerdo en general con Körte y Kümmel. Desde hace dos años se decidió á operar los casos graves, pero desde hace un año procede desde luego á operar todo caso de apendicitis que acude á su intervención.

De 90 casos operados, en 30 no había exudado; mortalidad 0; en 27 había exudado seroso; mortalidad 3'7 por 100; en 33 el exudado era puru-

lento; mortalidad 24 por 100. Mortalidad total, 10 por 100. Se operaron en el primer día de enfermedad 25 casos, de ellos 4 con exudado purulento; se operaron en el segundo día de enfermedad 65 casos, de ellos 31 con exudado purulento.

Conviene, por lo tanto, operar en las primeras veinticuatro horas. El autor entiende que los lavados después de la operación son perjudiciales.

El Dr. *Federmann* (de Berlín), habla en nombre de Sonnenburg y dice que este autor ha operado en los tres años últimos 870 casos de apendicitis, á saber: durante el ataque 300 con 54 muertes, y en frío 570 con 6 muertes.

Sonnenburg no es partidario incondicional de la operación precoz; á esta no apela más que en los casos de inflamación difusa. Pero no se pueden medir todos los casos con el mismo rasero; hay que individualizar. Como operación de elección la de mejores resultados es la hecha en frío.

En los casos de inflamaciones difusas no se debe esperar á que se enquiste el exudado, sino operar lo más pronto posible. Se debe adoptar la expectación en los casos leves y de gravedad media en que no está interesado el peritoneo y no hay resistencia en el lado derecho del vientre. Si en las primeras cuarenta y ocho horas no se puede diagnosticar con exactitud la naturaleza de la inflamación, se debe proceder á la operación precoz.

De 184 casos de apendicitis supurada, murieron 18 (3 habían ingresado moribundos), 58 de estos casos eran de forma difusa y se operaron desde luego con 12 muertes.

De los 126 casos restantes de forma leve, fallecieron después de la operación 6. De este grupo de casos 42 curaron sin operación, 43 fueron operados en frío con 1 muerto y 41 fueron operados durante el ataque con 5 muertes.

En el primer período no se puede establecer un diagnóstico seguro.

El Dr. *Cecherelli* (de Parma), dice que en la apendicitis no puede aspirarse á una curación radical sin apendectomía. La apendicitis debe hacerse desaparecer de un modo seguro, puesto que si no provoca las lesiones tiflíticas y peritiflíticas, favorece indudablemente su producción. Las dificultades en la apendectomía, dependen principalmente de las adherencias cuya división no es raro que ocasione lesiones traumáticas del intestino. Estas dificultades las ha encontrado el autor menores cuandó se opera durante el ataque, algo mayores en la operación en frío y máximas en las operaciones en frío cuando se hacen á causa de complicaciones.

Por consiguiente, el cirujano debe operar en el ataque agudo, á ser posible. Si se puede hacer en frío conviene esperar á que hayan desaparecido los exudados que se hubiesen formado. Para ello el mejor medio es el yodo sobre todo bajo la forma de tratamiento termal en Salsomaggiore. No hay que creer que la desaparición de los exudados hace innecesaria la operación, puesto que el germen morboso anida en el apéndice, y debe, por lo tanto, ser extirpado.

Si al hacer la operación las adherencias extensas dificultan la extirpación del apéndice, es preferible renunciar á ella porque se producen fácilmente roturas del intestino en las que las suturas no sugetan bien, formándose por lo tanto fístulas estercoráceas de difícil curación. En algunos casos es mejor hacer una operación inútil, pero exenta de peligro, que una

complicada y peligrosa. La operación en el ataque agudo tiene además la ventaja de que en muchos casos se puede hacer extraperitoneal al menos en parte, con lo cual se evitan muchas complicaciones.

El Dr *Riese* (de Britz), lamenta el poco acuerdo que reina entre los cirujanos, cuando tan necesario sería que le hubiera para convencer á los médicos prácticos de la necesidad de la operación precoz. Así vemos que Sonnenburg, en contra de los demás oradores, se muestra más partidario de la operación en frío, y como cree que la apendicitis se puede diagnosticar en los diferentes períodos de su curso, se podría entonces estar de acuerdo con su manera de pensar.

Sin embargo, el orador duda de que se pueda establecer tal diagnóstico, y por lo mismo se declara partidario incondicional de la operación precoz. Ha observado 4 casos de muerte por íleo á consecuencia de formaciones de bridas consecutivas á la apendicitis. En general, los médicos prácticos consideran á la enfermedad más benigna de lo que es.

De 51 casos no operados, han muerto 8 con peritonitis general no operable; de 49 operados precozmente murieron 4, de ellos 3 de peritonitis difusa; en 1 había además un sarcoma de la pleura que comprimía al corazón. De 15 casos operados de apendicitis gangrenosa, no falleció ninguno.

El Dr. *Schlange* (de Gotinga), hace notar que en los casos de apendicitis con perforación, hay un período prodrómico; si entonces no se opera en tiempo oportuno, el enfermo muere irremisiblemente. El autor habla con cierto desdén de los médicos que ignoran lo que es una apendicitis. Respecto á si se debe practicar la apendectomía tan pronto como se inicia la inflamación, es indudablemente el medio más seguro, pero también demasiado radical. Acaso convenga distinguir entre el primer ataque y el segundo. En el primero el pronóstico es dudoso y por lo mismo es preferible decidirse pronto á operar; lo mismo ocurre en la primera recidiva, sobre todo, después de enfermedades infecciosas, en cuyo caso el pronóstico es peor. Después de ataques repetidos es mejor esperar.

El Dr. *Rehn* (de Franckfort, sobre el Mein), niega la posibilidad de establecer un pronóstico en la apendicitis. Tratándose de una enfermedad que expone á tantos y tan inesperados peligros, hay que procurar su curación radical y segura y ésta no puede obtenerse más que por medio de la operación.

De 444 casos operados por el autor, 80 fueron agudos, sin supuración y sin un sólo fallecimiento; 228 fueron casos de absceso con 25 muertes y 136 fueron casos de peritonitis con 61 muertes. En el último año, de 27 peritonitis curaron 18 y murieron 9.

El Dr. *Arnsperger* refiere que en los últimos cinco años fueron operados en la clínica de Heidelberg 358 casos de apendicitis con 27 muertes. De 150 operaciones practicadas en frío no ha habido un solo fallecimiento. Es de advertir que á la clínica no van más que casos graves. Con esperar á que la inflamación haya pasado y á que el enfermo se haya repuesto, no se le irroga ningún mal y en cambio la operación en frío está exenta de peligro. Claro está que los casos urgentes exigen una operación perentoria. En los casos avanzados se operaba antes en dos tiempos, pero ahora se prefiere hacerlo en uno porque no es raro que los pacientes se resistan á la se-

gunda operación, creyéndose curados al ver que han mejorado, para morir á veces más tarde á consecuencia de complicaciones. En los casos primitivamente subagudos basta con la simple incisión.

El Dr. *Payr* (de Gratz), hace notar cómo los malos resultados del tratamiento expectante han convencido á Körte y Kümmell de la necesidad de la operación precoz.

Por su parte ha operado 63 casos; 50 con empiema fueron operados en las primeras cuarenta y ocho horas. La seguridad en el diagnóstico la da tan sólo la tensión de los músculos abdominales. En 5 casos á las tres horas de iniciados los primeros síntomas se encontró en la operación con que ya había un empiema.

La curación se obtuvo en quince días en los operados en las primeras treinta y seis horas y en veinticuatro días en los operados á las cuarenta y ocho horas.

En un 10 por 100 de los casos operados fué menester practicar una segunda operación, á veces á consecuencia de hernias consecutivas á la primera.

El Dr. *Hochenegg* (de Viena), trata de los abscesos de Douglas y de las cavidades purulentas enquistadas que se forman en la pelvis menor á consecuencia de apendicitis. No es de rigor que en estos casos exista una grave inflamación parenquimatosa del apéndice. Así en un sujeto que nunca había padecido de apendicitis se presentaron de pronto dolor intenso en el vientre, colapso y meteorismo; después se restableció el enfermo. Más tarde se presentaron: peristalsis enérgica, retención de orina y oclusión intestinal; la exploración por el recto demostró la existencia de un tumor. En la operación se vió que no había inflamación parenquimatosa del apéndice y sólo se encontró una pequeña rotura en sus paredes. Para abrir los abscesos es preferible la vía parasacra ó sea por detrás y por abajo que la vía abdominal. De 23 operados por la vía parasacra se curaron 21.

El Dr. *Schnitzler* (de Viena), presenta una estadística de 700 casos operados: de 18 operaciones precoces fallecieron 2. Para el pronóstico importan mucho los síntomas generales; es de mal augurio el meteorismo considerable, porque revela que hay parálisis intestinal.

El Dr. *Sprengel* (de Brunswik), opina que acaso se llegará algún día á distinguir las diferentes fases de la enfermedad. Los síntomas más importantes son la tensión de los músculos abdominales y la dificultad de la respiración abdominal. Por ahora basta con distinguir dos grupos: la apendicitis simple y la destructiva. El autor está por la operación precoz, porque hay la amenaza de la peritonitis y esta es mortal; de aquí que convenga apelar poco á la operación en frío. La operación intermedia no es tan peligrosa: de 51 casos de este grupo sólo fallecieron 2 por peritonitis circunscrita.

El Dr. *Körte* cree también que los casos de comienzo agudo y con tensión de vientre se deben operar sobre la marcha. El recuento de los leucocitos no le ha prestado servicios y hasta le ha inducido á error.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. del Valle.

(Continuará).

PERIÓDICOS

Medio sencillo de esterilizar las sondas uretrales. — Un cirujano de Italia, el Dr. Ingiani, recomienda un medio sencillísimo de esterilizar las sondas uretrales. Emplea con este objeto un tubo de cristal de los que se usan para los análisis, tubo unido á otro de caucho de 30 centímetros de largo, y cuya extremidad libre está provista de un tapón con una abertura lateral para dar salida al vapor de agua. Para esterilizar una sonda elástica se llena el tubo de cristal con una disolución saturada de sulfato de sosa, se introduce en él la sonda, se ajusta el tubo de caucho y se sostiene el aparato por medio de un papel arrollado á él. El tubo de cristal se coloca á la llama de una lamparilla de alcohol, y la disolución de sulfato sódico al entrar en ebullición penetra en el tubo de caucho, pero sin salir por la abertura del tapón más que el vapor de agua. El tubo debe colocarse algo inclinado. Si se desea esterilizar una sonda metálica en vez del sulfato de sosa, que ataca estos instrumentos, se usa para la disolución el carbonato sódico.—(*Gaz. degli ospedali*, 1.° junio 1905).—F. Toledo.

Acción de los rayos X sobre los glóbulos blancos de la sangre. — Según ha referido el Dr. Augusto Hoffmann (de Düsseldorf), en el último Congreso aleman de Medicina interna, de cuatro casos de leucemia mixta en que se empleó la radioterapia, uno muy grave en que se aplicaron los rayos X al bazo y á los huesos mejoró muy poco; otros dos de gravedad media mejoraron rápidamente, pero sin llegar á la normalidad; y en un caso leve, á las tres semanas de tratamiento, el bazo y la sangre presentaban sus caracteres normales. Como efectos accesorios se han observado dermatitis y quemaduras; además, la misma leucopenia puede adquirir un grado excesivo.

El Dr. Pablo Krause (de Breslavia) refirió en la misma sesión que en cinco casos de leucemia mielógena se obtuvo un resultado muy pronto con el empleo de los rayos X. Un caso de leucemia, también mielógena, pero complicada con nefritis hemorrágica, fué refractario al tratamiento. De dos casos de leucemia linfática, uno mejoró mucho y el otro nada. También se observó una mejoría muy rápida en dos casos de pseudoleucemia. En cambio, la mejoría fué nula ó muy escasa en dos casos de linfosarcoma, en uno de anemia esplénica y en tres de tumor crónico del bazo.

Los Dres. Luiser y Helber (de Tubinga), refirieron que mediante la aplicación de los rayos X á perros, conejos ó ratas, se consigue hacer desaparecer por completo, ó casi por completo, los leucocitos de la sangre circulante, pero conservándose en abundancia en el bazo, médula ósea, etc. La destrucción de los leucocitos, que no se puede conseguir ni con el radio, ni con la luz ultravioleta, va acompañada de la producción de una leucotoxina, de tal suerte, que inyectando el suero de los animales en cuestión á animales sanos, también se produce en éstos la destrucción de los leucocitos. Probablemente habrá que atribuir también á la leucotoxina la nefritis que se encontró siempre en los animales tratados con los rayos X.

Por último, se ha observado cierta inmunidad contra la leucotoxina en

algunos de los animales referidos, puesto que, después de haber disminuído al principio el número de leucocitos en la sangre circulante, vuelve á aumentar dicho número, no obstante haberse continuado con la radioterapia.

Con motivo de estas comunicaciones, dijeron: el Dr. Türck (de Viena) que no se debe de tratar de curaciones de leucemias, sino de mejorías sintomáticas y hematológicas; el Dr. Arnsperger (de Heidelberg), que la leucemia linfática, á diferencia de la mielógena, es refractaria á los rayos X; el Dr. Burghart (de Dortmund), que no sólo disminuyen los leucocitos, sino que, además, aumentan los eritrocitos y la proporción de hemoglobina; el Dr. Lenhartz (de Hamburgo), que no se trata de verdaderas curaciones, puesto que él observó un caso en el que, después de una gran mejoría se recrudeció la enfermedad á las cinco semanas y se murió el enfermo; el Dr. Heineke (de Leipzig), que la causa patógena sigue en pié; el Dr. Lossen (de Estrasburgo), que á juzgar por los análisis de la orina, con los rayos X, no sólo se destruyen leucocitos, sino que disminuye la nueva formación de éstos; el Dr. Pentzoldt (de Erlangen), que ha tenido algunos casos desgraciados de leucémicos tratados por los rayos X, y, por último, el Dr. v. Tabora (de Giessen), refirió haber tratado con los rayos X 7 casos de leucemia, de los cuales 2 fallecieron, 2 mejoraron un poco y 3 recobraron por completo su capacidad para el trabajo. Basta con aplicar los rayos al bazo. Los casos de mejor pronóstico parecen ser aquellos en los que la sangre contiene pocos leucocitos y muchas células cebadas.

(*Zentralblatt für innere Medizin*). — R. del Valle.

El algodón y los cuerpos extraños de las vías digestivas.—Un médico inglés ha tenido la feliz ocurrencia de emplear el algodón hidrófilo para favorecer la expulsión de un broche de oro deglutido por un niño. Le hizo ingerir un puñado de algodón mezclado con leche en un pastel, y pocas horas después administró el aceite de ricino. El cuerpo extraño fué expulsado al poco tiempo perfectamente envuelto en el algodón y sin que hubiera producido lesión alguna. Obtuvo el mismo resultado en otro niño que deglutió un botón grueso de cobre, y animado por estos éxitos recomienda el algodón en todos los casos de cuerpos extraños, sobre todo punzantes ó cortantes, de las vías digestivas. El algodón rodea el cuerpo extraño, impide que produzca lesión alguna, y además favorece las deposiciones por formar una masa, alrededor de la cual se acumulan los excrementos.

(*Medical Press and circular*, 4 junio 1905). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGIA PRÁCTICAS

LA MUERTE Y LOS ACCIDENTES

PRODUCIDOS POR LAS CORRIENTES ELECTRICAS INDUSTRIALES

CONFERENCIA DADA EL 19 DE ENERO DE 1905

EN EL COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE MADRID

POR EL DOCTOR

D. JOAQUÍN DECREF

Director del Instituto de Ortopedia, Física Terapéutica y Radiografía.

(Conclusión).

Otro experimento curiosísimo de los mismos Profesores, y que fué el que yo presencié en Berna, demuestra que el corazón, presa de tremulaciones fibrilares por una corriente, puede hacérsele volver á sus latidos normales por otra corriente de gran densidad.

El Dr. Battelli sometió á un perro de 15 kilos próximamente á una corriente alterna de 240 voltios durante dos segundos, colocando un electrodo en la raíz de la pata delantera izquierda, y otro en el recto. El animal fué presa de convulsiones tónicas durante unos veinte segundos, haciéndose luego clónicas, pero débiles; después de estos fenómenos, dejó de sentirse latir el corazón, y un minuto después se paralizó la respiración. Se abrió el tórax después, poniendo al aire el corazón, que estaba paralizado en diástole; se practicaron compresiones rítmicas con la mano en esta víscera, al mismo tiempo que un ayudante hacía la respiración artificial. En seguida se presentaron las tremulaciones fibrilares. Al poco tiempo reaparecieron los movimientos espontáneos respiratorios, y se restableció el reflejo de la córnea; por momentos se hacían más enérgicas las tremulaciones. Se aplicó entonces un electrodo directamente sobre el corazón, dejando el otro en el recto. Como la densidad de la co-

rriente aumentó mucho con esta nueva aplicación en el corazón, éste á los dos segundos recuperaba con la misma corriente sus latidos normales, cesando las tremulaciones, continuando también los movimientos espontáneos respiratorios.

Algunos perros á quien estas operaciones se han hecho con asepsia, han vivido posteriormente muchos días.

En las autopsias de los animales muertos por la electricidad, se encuentran los fenómenos propios de la muerte por asfixia rápida, y aparte de ciertas alteraciones que Conrado ha hecho constar en las células nerviosas, no comprobadas, lo único que se observa en los que han muerto por tremulaciones fibrilares, es una rigidez tan rápida, que puede hacerse ya notar veinte ó veinticinco minutos después de la muerte, contrastando con lo tardía que es la de los que mueren sólo por asfixia rápida.

Las electrocuciones de los sentenciados á muerte en la República Norteamericana, han servido de experimentos en el hombre.

Estas electrocuciones se hacen colocando al condenado en una silla á propósito donde se le ata fuertemente con unas correas. Los electrodos están constituidos por esponjas mojadas, colocadas en lo alto de la cabeza y en una pantorrilla.

En cuanto al voltaje, estas últimas ejecuciones se han modificado con relación á las primeras que se hicieron, pues en las primeras se hacía pasar una corriente de 1.700 á 2.000 voltios, que tenía el inconveniente de producir quemaduras en la piel, si el contacto era demasiado prolongado.

Después del año 1899, el procedimiento se ha cambiado y se ejecuta de la siguiente forma : se empieza por el paso de una corriente de alta tensión (1.700 á 2.000 voltios) durante siete segundos; después el voltaje se hace descender á 300 ó 400 voltios durante treinta segundos. Se interrumpe entonces la corriente para reanimar al paciente, y después se hace pasar de nuevo la corriente de alta tensión.

Si el paciente hace aún movimientos respiratorios, lo que ocurre con frecuencia, se empieza de nuevo por la corriente de alta tensión para volver á descender. De esta manera se evitan las elevaciones exageradas de temperatura.

La intensidad de la corriente que atraviesa al condenado es de 8 á 10 amperes cuando el voltaje es de 1.800 voltios, y de 2 á 3 cuando la tensión es de 400. La resistencia del cuerpo en estas condiciones será de unos 200 ohms.

En cuanto el circuito se cierra, todos los músculos entran en una contractura tetánica violentísima que hace crugir las correas. En cuanto se abre el circuito y la corriente cesa, la relajación muscular es inmediata y completa, sin que haya crisis violentas después de cesar la corriente.

En los animales, Battelli ha hecho constar los mismos hechos. La crisis violenta de convulsiones tónicas que se observa después de una electrización de poca duración, falta cuando se aplica una corriente de alta tensión durante algunos segundos.

El Dr. Mac Donald describe la electro-ejecución del condenado Kemmler, que fué sometido al paso de una corriente durante diecisiete segundos en la primera aplicación. No afirma este doctor si el corazón dejó de latir después de cortar la corriente, pero dice que al cabo de medio minuto se hicieron notar ligeros movimientos espasmódicos del pecho, acompañados de expulsión de moco por la boca, lo que parece indicar que la respiración se restablecía. El doctor Bennett, que también observó esta ejecución, afirma que tuvo movimientos respiratorios después de interrumpida la corriente. Lo cierto es que una sola aplicación de la corriente no ha sido nunca suficiente para suprimir la respiración, necesitándose para conseguir este objeto, como mínimum, tres, y en algún caso como en el del condenado Frantz cinco.

En cuanto á la manera de actuar sobre el corazón en estos casos, hay que hacer distinción entre la forma que se hacía la electrocución en la primera época, en las que se empleó sólo la corriente de alta tensión y las últimas, en las cuales se empleó corriente de alta y baja tensión. Así, en las primeras se notaba el pulso radial después de la primera aplicación; lo que indica que el corazón seguía latiendo. De este caso, la observación más demostrativa es la del condenado Taylor, al cual se le hizo aplicación de corriente de la primera forma durante treinta y dos segundos. La respiración se restablecía poco á poco, y á los treinta segundos el Dr. Brown percibió un pulso radial filiforme, se mandó pasar de nuevo la corriente, pero el aparato se había estropeado y la corriente no pasaba, y hubo que suspender la ejecución. Media hora después del choque eléctrico, tenía el desgraciado 120 pulsaciones y 18 respiraciones por minuto, y empezó á moverse. Hubo necesidad de ponerle una inyección con 4 centígramos de morfina y cloroformizarle, para poder ejecutarlo una hora más tarde, que el aparato había sido ya compuesto. Como la corriente era de alta tensión, no produjo parálisis cardíaca, y

como el tiempo no fué suficiente para producir la asfixia, Taylor volvía á la vida espontáneamente. Hay que tener en cuenta que algunas veces no basta el que no se perciba el pulso radial para asegurar que los latidos del corazón han cesado, pues hay que pensar que el paso de la corriente de alta tensión inhibe el centro vasomotor, disminuyendo mucho la energía del corazón, la hematosis cesa por falta de respiración, y claro que la tensión arterial es muy baja y el pulso, aunque existe, se hace imperceptible.

Algunas veces se ha notado que, aunque los electrocutados por el nuevo sistema pierden el pulso radial, existen pulsaciones en la base del cuello: Esto debe depender, según hemos visto en los experimentos que he descrito, hechos por Battelli en los animales, en que cuando la corriente no ha sido de una densidad bastante elevada, en cuanto se abre el circuito, si bien los ventrículos siguen en tremulaciones fibrilares, las aurículas recuperan sus latidos normales. De manera que vemos que coinciden en todo los experimentos hechos en animales, con lo observado en el hombre en estas electrocuciones.

Siguiendo el mismo orden que para los experimentos hechos en los animales, vamos á estudiar el mecanismo de la muerte y las lesiones producidas en el hombre por las corrientes industriales.

Las indagaciones que se han llevado á cabo acerca de las observaciones hechas por los mismos accidentados ó por los que han rodeado en el momento de la desgracia al que ha muerto por la electricidad, son muy vagas, pues la pérdida de conocimiento en el accidentado, el susto y la impresión también de los que le rodean, no deja el ánimo muy sereno para poder recordar detalles.

En el momento en que el contacto se efectúa, como se verifica la contracción muscular de todos los músculos del cuerpo, el individuo da lo que vulgarmente se llama *un bote* y cae sin conocimiento. El único dato bien determinado es la muerte instantánea, es decir, ó que la respiración no se restablece espontáneamente ó que cesa tres ó cuatro minutos después de haberse establecido el contacto.

El mecanismo de esta clase de muerte no es difícil explicarlo, si nosotros recordamos lo dicho anteriormente al hablar de los experimentos en los animales. La corriente eléctrica, aun siendo de muy alta tensión, no es nunca muy densa al atravesar el cuerpo, á causa de las grandes resistencias de los puntos de contacto, y, por tanto, sabemos que una corriente poco densa produce al llegar al corazón las tremulaciones fibrilares; sabemos también que su cho-

que no produce grandes trastornos nerviosos, luego la muerte se verifica exclusivamente por parálisis cardíaca; recordemos también que estas tremulaciones son definitivas conforme nos acercamos á los animales de gran tamaño, que ya en el perro lo son y que en el hombre lo han de ser con mucha más facilidad.

Si pensamos en las electrocuciones, verèmos que los electrodos se colocan en la cabeza y en una pierna, y que por lo tanto, están en mejores condiciones para actuar sobre los centros nerviosos al contrario que en los accidentes, pues que siendo la mayoría en obreros suele establecerse la corriente por las dos manos, y, sin embargo, en los electrocutados hemos visto que se restablece la respiración espontáneamente; en los obreros si el contacto ha sido por las manos, es seguro que sea muy poco duradero, puesto que al caer lo sueltan; la línea de mayor densidad está en la zona cardíaca y no en los centros nerviosos, así es que el choque de estos centros es de muy poca importancia; la misma instantaneidad de la muerte demuestra que ha sido producida por parálisis cardíaca. Si en un accidentado las tremulaciones fibrilares se han producido, la víctima está completamente perdida, puesto que no tenemos ningún procedimiento práctico para recuperar los latidos normales. Sí hemos visto que en los perros, haciendo pasar una corriente directamente sobre el corazón, de 240 voltios, como mínimum, se logra que este órgano recobre sus latidos con energía previa, las contracciones rítmicas y la respiración artificial, pero también hemos visto que si pasan algunos minutos la operación es inútil. También vemos que en estos casos la respiración artificial por sí sola es completamente inútil.

Si por el contrario, en un accidentado no se han presentado las tremulaciones y el contacto no ha sido muy prolongado, sabemos que no corre ningún peligro, puesto que al cabo de algunos minutos de cesar el contacto recobran espontáneamente el conocimiento y aun la respiración, si ésta llegó á trastornarse.

Pero si el contacto ha sido prolongado durante tres ó cuatro minutos, entonces ya sabemos que puede morir por asfixia En este caso es donde está indicada la respiración artificial.

La pérdida de conocimiento observada en los accidentados es instantánea y pasajera. No se explica esta pérdida de conocimiento que muchas veces se produce aun siendo el contacto lejos de los centros nerviosos, pero indudablemente es sólo funcional, puesto que el restablecimiento es completo.

tios, no ha ocasionado nunca ninguna muerte. Así, pues, saca la consecuencia de que las corrientes alternas empiezan á ser peligrosas cuando alcanzan una tensión de 400 ó 500 voltios (de 30 á 150 períodos, que son los que generalmente se emplean en la industria), y la continua á la de 1.000 voltios.

En estos casos, por muy grande que sea la resistencia del organismo, siempre alcanza en él la tensión suficiente la corriente para producir la parálisis cardíaca. Las corrientes de muy alta tensión (5.000 voltios) aún alcanzan tensiones en el organismo, á pesar de su resistencia para producir la muerte.

Estas cifras, como es natural, varían mucho según las demás condiciones, como ya hemos visto en los experimentos de los animales antes citados. Así, recordaremos que las grandes contracciones musculares hacen casi siempre separar el contacto y puede inhibirse el sistema nervioso, caer la víctima sin conocimiento y no haber dado lugar á las tremulaciones fibrilares cardíacas; el corazón sigue, pues, latiendo con energía y la vida no corre peligro. No hay que olvidar tampoco las grandes resistencias que se desarrollan con las quemaduras. Las condiciones en que se encuentre la piel son de mucha importancia. Si ésta se encuentra húmeda en el momento del accidente, la resistencia será al principio mucho más debil, y entonces puede producirse más fácilmente la muerte por parálisis cardíaca; pero si ésta no ha ocurrido en el primer segundo de duración del contacto, ya no existe el peligro de la parálisis cardíaca, porque la piel se empieza á quemar y á oponer resistencia, y solamente si el contacto se sostiene durante uno ó dos minutos, viene el peligro de la muerte por asfixia.

Cuando la piel está bien seca en el momento que se produce el contacto, la intensidad de la corriente en el organismo, y, por lo tanto, la densidad sobre el corazón, son pequeñas y puede éste seguir latiendo con energía. Por otro lado, la carbonización de la piel es más fácil y las resistencias vienen antes.

De esto deduciremos que el cuerpo de la víctima muerta por la corriente eléctrica, presentará quemaduras poco profundas.

Las diferencias de densidad de la corriente, según el sitio donde se hace el contacto, explica una porción de fenómenos que llaman nuestra atención Así, por ejemplo, la razón por la cual al desprenderse un alambre conductor de una corriente de tracción para los tranvías y caer sobre un coche en marcha, se observa que la muerte del caballo es segura, mientras que el cochero pierde el conoc-

miento, y, aparte de la caída, lo general es que no le ocurra nada. ¿Por qué pasan así las cosas? Con los datos que llevamos expuestos, la explicación será muy sencilla. El cochero va aislado no solamente por ir en el pescante, sino por sus botas, su sombrero y sus movimientos instintivos de mover la fusta y los brazos. Aunque hiciera contacto, el choque de refilón y la resistencia que oponen todas estas cosas, dado el voltaje á que trabajan, á lo menos en Madrid, las compañías de tracción (600 voltios), no es peligroso el primer momento del paso de la corriente, pues su densidad en el organismo no es suficiente para producir parálisis cardíacas. Ya hemos dicho que la corriente continua, para que al pasar por el cuerpo del hombre venciendo todas estas dificultades y resistencias tuviera la densidad necesaria para matarle por parálisis cardíaca, su voltaje no debía ser inferior á 1.000 voltios.

Claro es que si el cochero fuera descalzo por la vía y el contacto fuera en la mano izquierda ó en el tórax, serían suficientes los 500 voltios para matarlo.

Pero el caballo va en condiciones muy distintas; pues su piel va al descubierto, sus herraduras disminuyen mucho su resistencia, y además, su posición horizontal le pone en especiales condiciones, porque si el contacto se establece por la cabeza, su natural salida de la corriente es por las patas delanteras, y si se hace en otra parte más posterior del tronco ó en las ancas, pueden ocurrir dos cosas: ó el caballo en la contracción muscular levanta el cuarto trasero, como tiene por costumbre para defenderse, y entonces sale la corriente por las patas delanteras también, y la densidad mayor atraviesa la zona cardíaca, ó cae al suelo sin sentido, y aunque la densidad se reparta bien por todo el cuerpo, es muy suficiente para inhibir el sistema nervioso, y si está más de un minuto en contacto en estas condiciones muere por asfixia.

Además, por la ley que vemos establecida en la experimentación, su tamaño hace que las tremulaciones sean definitivas.

Esta es la razón sin duda, por la cual en estos accidentes el caballo muere casi siempre, porque en contraposición de lo que le ocurre al hombre, tiene muchas más probabilidades en contra suya. Los obreros son los más expuestos, pues si la corriente pasa de mano á mano, como en éstos, en el primer momento no existe gran resistencia al paso de la corriente, y la mayor densidad al atravesar el cuerpo está muy cercana precisamente á la región del corazón, el peligro es mortal.

¿Qué socorros podremos nosotros prestar á las víctimas de estos accidentes?

Para contestar á esta pregunta, hay que colocarse en estas dos circunstancias:

1.ª La persona está aún en contacto con el conductor. 2.ª El contacto ha cesado.

En el primer caso, claro es que la primera medida es desviar la corriente, porque mientras más tiempo pase, las quemaduras serán más profundas, y porque la muerte puede ocurrir por asfixia, si el contacto se prolonga más de un minuto.

Para esto, lo mejor es cortarla, y si no se puede, estando bien aislado el que lo hace, formar un corto circuito con un cuerpo buen conductor, una barilla de hierro, por ejemplo; de esta forma se conseguirá fundir los plomos de seguridad de una instalación ó desviar la corriente del trozo del conductor que toca á la víctima. Si nada de esto puede hacerse, se empuja á la víctima con los piés, pues hemos visto que la corriente que pasa de pierna á pierna no produce daño ninguno; además, la suela de los zapatos ofrece una gran resistencia, y la persona que esto haga sentirá sólo una débil sacudida, pero tiene que tener cuidado de que el conductor al moverse no venga á tocarle.

En el segundo caso, cuando la corriente ya no pasa, quedan sólo los efectos de haber pasado.

Si no ha habido pérdida de conocimiento, con sólo reposo la víctima se restablecerá por completo.

Si el conocimiento se ha perdido, pueden ocurrir dos casos: 1.º, la respiración continúa verificándose, se ayuda ésta tirando de la lengua, y se hace recobrar el conocimiento por los medios comunes, activando la circulación y evitando reflejos como en los casos ordinarios de síncopes.

Si la respiración se ha paralizado, lo primero es hacer la respiración artificial, además de todas las anteriores operaciones dichas, á pesar de lo que Battelli asegura de que es inútil, porque espontáneamente se restablece, pero, á mi juicio, como no hay ningún inconveniente, lo mejor es hacerla.

Si el corazón no late, todos estos medios, como hemos visto anteriormente, son inútiles. Para cerciorarse de ello hace falta ver si existe el pulso radial y si la auscultación nos lo manifiesta. Recordaremos de nuevo que las pulsaciones en la base del cuello no tienen ningún valor.

En un informe sobre accidentes del trabajo por corriente eléctrica, hay que tener muy en cuenta esta manera nueva de morir que se ha estudiado; pues supongamos que un obrero que no es electricista, un albañil, por ejemplo, trabaja en un tejado, se pone en contacto con un alambre telefónico desprendido que toca en una conducción eléctrica de tracción de tranvías. Este hombre sufre una conmoción, pierde el sentido, rueda y cae á la calle. Si el lesionado respira algunos minutos después de sufrido el accidente, es señal de que no ha muerto por la acción de la corriente y sí por el golpe sufrido; si hubiera estado atado, seguramente ese hombre no hubiera sufrido más que un ligero trastorno muy pasajero y sin ninguna consecuencia.

Esta conferencia se prolonga demasiado y tendremos que dejar el segundo asunto, que, según se anunció, habíamos de tratar, para otra, pues no hemos calculado bien que era mucha materia para una sola hora.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR D. VICENTE OTS Y ESQUERDO

Doctor en Medicina y Cirugía. Madrid.

I. INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA, por D. Tomás Maestre. Madrid, 1905.

II. NUESTRO CARÁCTER, por D Enrique Mateo Barcones. Madrid, 1905.

I

El presente trabajo está calcado en parte dentro de moldes similares á los de la obra del Dr. Soury *Système nerveux central*, puesto que, como en éste, se expone un análisis crítico de las doctrinas invocadas acerca de la histología y funciones del cerebro, desde la antigüedad hasta hoy, con la ventaja indudable para el lector de condensar en 275 páginas algunas nociones científicas, que para ser conocidas en la publicación del Director de la Soborne, hay que recorrer 1.800 páginas en 4.°, de letra microscópica y con el mérito patrio evidente de rendir un culto principalísimo á cuantos escritores españoles antiguos ó contemporáneos se ocuparon de este estudio.

En su advertencia afirma que no tiene «otro objetivo que despertar la curiosidad de los escolares hacia la psiquis humana», y yo creo que aun el médico ha de encontrar en esta publicación fuentes de instrucción que le permitan orientarse en el conocimiento del funcionalismo cerebral, que si todavía está sembrado de «generosos esfuerzos de adivinación psicológica», como afirma el Dr. Cajal en su hermoso prólogo, no por esto dejan de ser útiles y provechosas al conocimiento de nuestra mentalidad cuantas tentativas se han realizado y se consignan en el presente libro.

Divide su trabajo en siete capítulos. En el primero se ocupa de los diversos conceptos que han existido acerca del cerebro como órgano de la psiquis, desde Platon, Pitágoras, Hipócrates, Galeno, etc., hasta Flourens, dando cabida á las opiniones de Alfonso el Sabio, Juan de Dios Huerta, Luis Lobera, Oliva Sabuco, etc. Dedica el segundo á la histología del sistema nervioso, anotando y comentando con claridad los descubrimientos de Golgi, Gerlach, Van Gehuchten, Nissl, Cajal, etc. Estudia en el tercero la localización externa de los órganos sensitivos, concediendo mayor espacio al examen de cuantas teorías se han aducido para explicar la visión é invocando una hipótesis física, con arreglo á la cual los conos y bastoncillos proporcionan la luminosidad y el color y el pigmento retiniano individualiza la sensación y da el claro-obscuro. Examina en el cuarto el cometido asignado por los diversos investigadores á las espinas de Cajal, dendritas, neuroglia, grumos cromáticos, etc., para afirmar las funciones de la neurona. Expone en el quinto los trabajos de Bouillaud, Dax, Broca, Hitzig, Fritsch, Ferrier, Flechsig, Wernike, Bianchi, etc., acerca de las diversas localizaciones cerebrales sensitivas, sensoriales, motoras é intelectivas. Contiene el sexto una exposición antropológica craneal, para analizar la relación existente entre la psiquis y el desarrollo y forma del cráneo, y deducir que la pobreza intelectual no está en proporción á la masa encefálica, sino al espesor y estructura de la substancia gris. Y comprende el séptimo una relación clara y metódica de las teorías evolucionista, transformista, animista, etc., invocadas desde Diógenes, Aristóteles, Plutarco, etc., hasta Darwin, Spencer, Weismann, Roux, etc., para explicar los múltiples problemas psicológicos y patológicos dependientes de la herencia biológica.

A estos siete capítulos precede un magistral prólogo del Dr. Cajal, en el que no sólo hace una imparcial y laudatoria crítica del texto y del autor, sino que en forma breve y gráfica muestra una síntesis

de las conquistas contemporáneas concernientes al conocimiento de la psiquis, que viene á abrogarse la categoría de fotografía á vista de pájaro del inmenso perímetro por recorrer, y por lo tanto, prepara y facilita la comprensión del contenido del libro.

Por esta sumaria descripción se comprende la extraordinaria extensión de nociones históricas, histológicas y psicológicas contenidas en la nueva producción del Dr. Maestre y el servicio inmenso que ha prestado á médicos, filósofos y cuantos quieran conocer el intrincado laberinto de la psiquis, mostrándoles en forma abreviada y clara doctrinas, teorías é hipótesis que de pretender conocer en las fuentes de origen, había de costarles recorrer miles de folios saturados de los contradictorios y opuestos apasionamientos de escuela, siempre abonados á esterilizar los esfuerzos de comprensión del neófito.

Si á esta condición se añade la de mostrar la síntesis de nuestros conocimientos actuales de la organización y función del cerebro bajo un cuerpo de doctrina, formando unidad de criterio y señalando lo aceptable, lo dudoso y lo inadmisible de cada una de las opiniones anotadas, se convendrá todavía más que este trabajo ha de facilitar extraordinariamente la asimilación de los imprescindibles conceptos fundamentales á cuantos deseen recorrer el amplísimo perímetro de la psicología positiva, haciéndose acreedor el doctor Maestre por este plausible empeño á la justa alabanza de los amantes del adelanto científico nacional.

II

Nuestro carácter es un estudio psicosociológico del pueblo español, en el cual se examinan las causas que aminoran la voluntad, los agentes que debilitan la memoria y las condiciones etnológicas que obscurecen la inteligencia nacional, para proponer, con un conocimiento perfecto de la modalidad fisiológica defectuosa ó la perturbación patológica, los remedios conducentes á fortalecer nuestra manera de ser, pensar y obrar.

Divide el Dr. Barcones en dos partes su trabajo. En la primera examina las causas generales que influyen en la producción de nuestro carácter, pasando revista á las condiciones telúricas y climatológicas, educación, alimentos, bebidas, misticismo, instrucción, etc.; y en la segunda estudia las causas individuales, dando preferencia al análisis de la memoria, voluntad é inteligencia, y proponiendo en el bosquejo de cada una de estas manifestaciones

psicológicas los medios eficientes á su normalización y perfeccionamiento.

Por esta breve reseña de su contenido se ve que esta publicación representa uno de esos loables esfuerzos individuales por la regeneración de nuestra nacionalidad, dignos del aplauso de cuantos ambicionan el máximo de cultura y poderío patrio.

En todo el trabajo aparece la nota del pesimismo, juzgándonos como pueblo degenerado y en condiciones decadentes. Yo creo que el ilustrado médico de la Armada no se ha atrevido á señalar claramente dónde perdura en daño nuestro esa degeneración y decadencia, porque entre líneas y en forma velada demuestra conocer que el vicio congénito que nos impulsa al quietismo y á la improductividad radica en las clases directoras, que por desgracia sólo se inspiran en el compadrazgo y favoritismo, y muy contadas veces en el bien nacional, y de aquí la inercia y pasividad de las individualidades espoleadas por el afán de regeneración progresiva al ver menospreciadas y ridiculizadas sus iniciativas por quien debía prestarles resuelto apoyo.

El individualismo ha sido, es y será nuestra mayor desgracia, y mientras no nos curemos de él y procuremos practicar el colectivismo autónomo, no entraremos en la vía de regeneración. Pero tiene que ser un colectivismo imparcial é impersonal, no esas burdas y anacrónicas asociaciones que á lo mejor surgen entre nosotros para endiosar á una nulidad y subyugar á su personalidad el objetivo y finalidad de todos los asociados. Para esta infructífera modificación, preferible es la autonomía del nómada.

De todos modos, prescindiendo de éstas y otras consideraciones contenidas ó derivadas del presente trabajo, he de consignar que *Nuestro carácter* es un notable estudio médicosocial que deben conocer cuantos ambicionen curar nuestras defectuosidades psicológicas y pretendan laborar en favor de la regeneración nacional, y que su autor, el Dr. Barcones, merece plácemes de todos los amantes del progreso patrio por haber dado á la estampa una publicación donde campea una nutrida y selecta erudición al lado de un criterio reflexivo, razonado y sugestible.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesiones de los días 3 y 10 de Junio de 1905.

Resección del estómago. — El Dr. *San Martín*, previas algunas reflexiones acerca del valor de la especulación, de la práctica y de la anatomía en el ejercicio de la cirugía, así como de la función docente de la Academia, tan útil para la cultura del país y para la enseñanza de la Medicina, insiste en que la *resección del estómago* ha nacido, no de la observación clínica, sino de una intervención experimental, cuyas fechas más culminantes son 1811 y 1874.

Cita los estudios de Billroth, y especialmente las innumerables notas recogidas en Viena desde 1817 á 1875, sobre el cáncer, en virtud de todo lo cual se decidió aquel profesor á intentar la gastrectomía en el hombre; manifiesta sus deseos de que en España se haga una información análoga, y expone una vez más las ventajas de la sutura de Lembert en las operaciones que se verifican en la cavidad del vientre.

Añade que el lavado del estómago es á veces de gran utilidad para evitar las infecciones, y aun para curar el colapso; que Kocher sostenía que era preferible la destrucción de una sutura á dejar motivos de infección; que en las operaciones abdominales es más favorable la asepsia por medio del agua hervida que la antisepsia con el ácido fénico, según sostuvo hace años en el Congreso de Barcelona, y que podría defenderse que la cirugía abdominal no debe á la práctica antiséptica sino retrasos.

El Dr. San Martín niega que la *úlcera pépsica* fuese consecuencia de la operación de que se trata, según declaró el Dr. Gutiérrez, puesto que los ácidos se forman especialmente en el fondo mayor del estómago, y en el cáncer de esta víscera figura la anaclorhidria como uno de los síntomas más frecuentes, no pudiendo, por tanto, producirse las úlceras pépsicas.

El Dr. *Jiménez* se ratifica en las ideas expuestas anteriormente, que dando toda la importancia á la asepsia, cree, sin embargo, que la sutura es lo más fundamental, y como prueba de lo arraigada que está en él esta opinión lee algunos párrafos de su discurso de recepción en la Academia, que demuestran que si en su opinión la técnica debe estar hermanada con la asepsia, no debe nunca, en ciertos casos, posponer aquélla á ésta. Cita las opiniones de Mikulicz y termina manifestando que rinde á la asepsia una verdadera devoción, hasta el punto de creer que no puede prescindirse de ella, pero que tratándose de operaciones viscerales, cree que Lembert prestó un gran servicio, aun cuando ésta en un principio carecía de la perfección que ahora tiene.

El Dr. *Gutierrez* manifiesta que la sutura de Lembert no sería tan perfecta si no fuera por la asepsia, pues que si no se evitara con ésta la infección de las mucosas, de nada serviría aquélla. Terminó manifestando que el concepto de la asepsia dominará siempre en la cirugía abdominal.

Influencia del color rojo en el tratamiento del sarampión. — El Dr. *Mariani* manifiesta que la influencia de la luz sobre el organismo es indudable, puesto que á ella debe parte de su vida, estimulando el sistema nervioso, etcétera, y que si esta influencia es innegable para el cuerpo sano, no lo es menos para el cuerpo enfermo, como lo prueban los resultados obtenidos con el tratamiento de la tuberculosis por los baños de sol, mejorando ciertos síntomas, etc.

Refiriéndose á las enfermedades agudas, recuerda lo que pasa con la viruela, en que las pústulas que se presentan en la cara dejan huellas que no quedan cuando se recubre la cara con negro de humo.

Hace mención de un trabajo del Dr. Huertas, hecho en la sala de variolosos del Hospital general, con estadísticas referentes á la ausencia de la luz para evitar las cicatrices de las viruelas.

Que hace cuatro ó cinco años comenzaron á hacerse experimentos sobre la influencia de la luz en las enfermedades eruptivas, especialmente en la viruela y el sarampión, probándose que ha atenuado la marcha de la enfermedad, mejorado los síntomas y hecho más benigno el curso del padecimiento.

Que respecto á la viruela, sólo empleó el color rojo en un caso de viruela confluente grave, en que no se pudo obtener ningún resultado, pero que habiéndose iniciado en la época á que se refiere los buenos efectos de los rayos rojos en el tratamiento del sarampión en la última epidemia terminada hace poco, se propuso emplear este procedimiento en todos los casos que se le presentaran, y habiendo quedado satisfecho de los resultados obtenidos, lo comunica á la Academia; pues si tal procedimiento no cura rápidamente, tiene, al menos, una beneficiosa influencia en la marcha de la enfermedad.

Añade el Dr. Mariani que habrá visto unos treinta casos de sarampión, y en todos ha empleado la luz roja; que estos casos han sido de sarampión fuerte con período de invasión, altas temperaturas, erupción confluente, fenómenos bronquiales é intestinales en muchos casos, y que si bien el tratamiento clásico hubiera dado buenos resultados, sin embargo, con él las temperaturas se han sostenido mucho tiempo, los fenómenos bronquiales se han acentuado, los catarros intestinales han persistido y los enfermos se han colocado en una situación de gravedad, aun cuando los enfermos hayan podido curar.

Que por no fatigar á la Academia, sólo referirá lo ocurrido en dos casas, en una de las cuales había siete enfermos y en otra seis, oscilando las edades entre doce años y uno, siendo el enfermito más pequeño en una de estas casas de catorce meses y en la otra de dieciocho á veintidos. La marcha de la enfermedad fué la siguiente: elevación de la temperatura á 40° en el momento de la invasión, fenómenos bronquiales intensos en cinco de estos enfermos; después de la erupción, la temperatura ha descendido, persistiendo en 37°.

Primeras ventajas del tratamiento por la luz roja: descenso de la tem-

peratura antes que en el curso normal del sarampión, sosteniéndose la erupción muchos días sin ningún fenómeno general; los fenómenos bronquiales, no esos de la mucosa que dan lugar á una tos más ó menos fuerte, sino á la propagación catarral, esos fenómenos no han pasado á constituir bronconeumonías, como sucede en el sarampión fuerte, sino que se han contenido y ha bastado una terapéutica sencilla para que esos fenómenos desaparezcan, y lo mismo ha ocurrido con los síntomas intestinales.

Que de estos casos le llamó más especialmente la atención el del niño de veintidos meses, que estuvo varios días en un período prodrómico, subiendo la temperatura á los cinco ó seis días á 40°, sobrevino una erupción central y á las cuarenta y ocho horas desapareció la erupción y la temperatura, lo que le produjo sobresalto, pero el niño no volvió á tener novedad y curó, atribuyendo esta evolución benigna del sarampión á la influencia de los rayos rojos, toda vez que hasta la fecha no había visto ningún caso semejante.

Termina el Dr. Mariani manifestando que la fototerapia está hoy muy extendida y que la influencia de la luz está demostrada en una porción de enfermedades, así como los baños de luz, que tienen efectos distintos y consecuencias diferentes según los rayos que se empleen, y que por lo tanto no hay razón para negar que esta influencia, aun cuando no está aún todo lo explicada que fuera de desear, tenga influjo beneficioso en el sarampión.

Anquilostomiasis. — El Dr. *Espina* comienza haciendo algunas consideraciones acerca de la transformación de la patología en la última década, que había restado importancia á la patología de la sangre, y como ésta, reaccionando del olvido, vino á despertar un humorismo moderno que contrarrestara la decisiva influencia de la escuela virchowniana: explicó este fenómeno por las necesidades de la vida moderna, en que la industria y el comercio puede decirse que han «achicado el mundo», salvando en breve tiempo las mayores distancias y haciendo aparecer la invasión de los grandes parásitos en los países más lejanos de su punto de origen, asombrando el considerar la rapidez con que la anquilostomiasis, á pesar de tener por germen un parásito de tan lenta evolución, se ha difundido por el Golfo de Méjico, Europa, etc., llegando á España, donde constituye un motivo de gloria para los Dres. Huertas, Codina y otros, que con tanto acierto han estudiado esta enfermedad.

Cita el Dr. Espina los estudios de Grasi y Perroncito á propósito de este parásito, y explanando las indicaciones que había hecho en la sesión acerca de un caso de paludismo que tuvo ocasión de ver en un capitán de fragata residente en Cartagena, manifestó que, influído quizá por estas ideas, ó tal vez por inspiración al oir la historia del enfermo, inmediatamente pensó en que aquella anemia debía ser ocasionada por algún gran parásito, como posteriormente se comprobó por el análisis practicado á instancias del doctor Espina en el Laboratorio del Hospital de Cartagena por el profesor de la Armada Dr. Ruíz, que, tras minuciosas investigaciones, llegó á encontrar en las deyecciones del enfermo un huevo que no se ajustaba á ninguno de los parásitos que son comunmente la causa de esta clase de anemias, tratándose, á juicio del Dr. Espina, de la *filaria*, lo cual justifica, á su juicio, la necesidad de estudiar estos grandes parásitos.

Que no se proponía entrar en la descripción de la anquilostomiasis, ya que con tanta competencia se habían ocupado de ella otros Sres. Académicos, siendo su objeto únicamente ocuparse de los trabajos de higiene social que se están haciendo con motivo de esta enfermedad, especialmente en Bélgica, en donde además se trabaja activamente contra el alcoholismo, la tuberculosis y la ignorancia.

Que la anquilostomiasis que padecían los trabajadores de San Gotardo en 1879 llegó á Lieja en 1884 con la gran masa obrera que, al terminarse las obras del túnel, fueron en demanda de trabajo á aquellas ricas cuencas mineras. Cita la expansión de la enfermedad desde el Cabo de Buena Esperanza, en donde es endémica, é hizo notar las abonadas condiciones de nuestra península para que la anquilostomiasis se desarrolle.

En cuanto á las dificultades técnicas de la profilaxis de la enfermedad, hace notar el Dr. Espina que todas las profilaxis son difíciles, porque se lucha con el egoismo personal que quiere tener todo género de garantías higiénicas, pero á condición de que no se le moleste, de tal suerte que el tuberculoso lleva á mal que se le obligue á escupir con determinadas precauciones, y al que se cree inmune le molesta que los demás no guarden aquellas prescripciones higiénicas, cuya infracción puede comprometer su salud.

Que para esta profilaxis debe procederse con método, dictando leyes el Poder legislativo, pero sobre todo, propagando la higiene entre los obreros, haciéndoles comprender el peligro que corren y haciéndolo entender también á las entidades cooperativas, que por su propio interés constituyen poderosos auxiliares de las medidas profilácticas, como lo prueba lo acaecido en Alemania con la tuberculosis y la influencia que las cajas de resistencia han ejercido en Bélgica para la profilaxis de la anquilostomiasis.

Que la lucha por la salud está representada por las Sociedades cooperativas en las grandes empresas industriales.

Que en Bélgica se ha hecho el estudio de la enfermedad detenidamente, dejando que el anquilostoma hiciera su evolución, se apoderaron del germen, y una vez bien conocido, quedó planteado el problema y han acudido á su solución protegiendo la salud del minero, no obligándole por medio de leyes ó reglamentos á hacer sus deposiciones en tal ó cual sitio, sino que han instalado *water closet*. Que allí se ha dividido en dos grandes grupos á los mineros, uno de ellos formado por los que explotan los grandes filones y otro por los que explotan los pequeños, y en la dificultad de hacer que los mineros del fondo abandonen las galerías para ir á hacer sus deposiciones al exterior, han colocado en el interior de las minas unos orinales especiales perfectamente cerrados que son arrastrados y conducidos por los carriles al mismo tiempo que el mineral. Que como las cuencas mineras son escasas de agua, han resuelto el problema de la limpieza de los *water closet*, sustituyendo á aquélla con turba muy pulverizada que va cubriendo con capas las deyecciones. Que con el fin de aumentar la resistencia de los obreros por medio de la limpieza, se han instalado también duchas automáticas para gastar la menor cantidad de agua, obligando á los obreros á darse una ducha al salir del trabajo.

Que á la educación profiláctica se atiende por medio de conferencias da-

das por los médicos más notables de Bélgica, con las que se ilustra á los obreros en todo lo referente á tuberculosis, anquilostomiasis y alcoholismo.

Que además, en esas cuencas mineras hay escuelas, gimnasio, duchas, baños, etc.

Que los mismos obreros, transmitiendo estas doctrinas entre sus compañeros, van haciendo higiene por todas partes.

Cita el Dr. Espina el Reglamento de la Inspección Real para las minas de Dormut, en Alemania, en el que se trata de todo lo relativo á la determinación de la enfermedad, medidas de seguridad, etc., etc., así como también el de Bélgica de 4 de diciembre de 1904, inspirado en la necesidad de la lucha anquilostomiásica, ocupándose también el Dr. Espina de las medidas análogas adoptadas en Francia.

Que en todas estas campañas se atiende á la conservación de la salud de la colectividad y del individuo, respetando, sin embargo, la libertad del hombre.

Que lo hecho por medio de leyes no ha dado resultado satisfactorio, porque es necesario que las leyes, antes de promulgarse, estén arraigadas en las costumbres, haciendo entender al legislador que el hombre, como máquina de producción, va teniendo cada vez más valor en el mercado, siendo digno de notarse que hoy las compañías de seguros, que antes sólo admitían como máximum de edad para los contratos de seguros de los treinta y siete á treinta y nueve años, hacen hoy seguros por encima de los cuarenta y siete, y aun en plena salud aseguran hasta los cincuenta y cinco años.

Que, en efecto, el término medio de la vida es mayor, merced á los progresos de la higiene moderna, que no sólo hace más amplio el término medio de la vida individual, sino que ha llegado á conjurar aquellas hecatombes que producían las grandes epidemias, siendo preciso trabajar para obtener iguales resultados en estas grandes pandemias, haciendo un estudio detenido de ellas y de su profilaxis adecuada, y que para esto, los Gobiernos deben regular las iniciativas particulares.

Que en la anquilostomiasis hay que hacer la propaganda pacífica, sin pedir que se hagan las leyes antes que las costumbres, inspirándose en la conducta de Bélgica, que ha hecho tanta higiene civilizadora, inculcando en el minero la idea de lo que vale su salud, su trabajo y su propaganda.

Que no hay que fundamentar la profilaxis de la anquilostomiasis en la desinfección de las minas, lo que constituiría un gasto tan considerable como infructuoso, sino haciendo que los obreros sean estudiados, diagnosticados, etc., del modo y manera que se ha hecho la profilaxis del paludismo desde los trabajos de Laberan.

Termina el Dr. Espina insistiendo en la necesidad de las campañas de higienización, y que cuando éstas hayan dado su fruto en la conciencia pública, entonces, como se ha hecho en Bélgica, es cuando deben las leyes venir á encauzar y regularizar la higiene.

A continuación, y valiéndose del aparato de proyecciones, el Dr. Espina presenta el mapa de la anquilostomiasis, llamando la atención sobre las regiones más castigadas por la enfermedad. Presenta después los modelos de los orinales de que había hecho mención y explica, por medio de las correspondientes pruebas fotográficas, el sistema de limpieza de aquéllos, su

transporte en vagonetas, los *water closet* de turba, su instalación y vista, y planos de una barraca-hospital, insistiendo en que por estos medios se ha conseguido disminuir la anquilostomiasis en el extranjero, y que si aquí nos llegamos á preocupar del mismo modo de las cuestiones higiénicas, podremos llegar á resarcirnos de las pérdidas sufridas por nuestras guerras coloniales.

El Dr. *Larra* dice que estudios poco importantes hasta una época reciente hicieron creer á muchos médicos que la anquilostomiasis era punto menos que desconocida en España, ocurriendo lo mismo que en Alemania, en donde el higienista de más mérito, Rubner, afirma que apenas existía la anquilostomiasis en Alemania, y al poco tiempo se descubrieron 273 casos, al año siguiente 1.300, y á los tres ó cuatro habían ascendido ya á 20.000 ó 30.000. Que en España, el primer año se descubrió un número que no pasaba de 1.000, pero que si se hicieran estudios más precisos y seguros podrían también aquí contarse los casos por millares, dada nuestra riqueza minera. Que Astor y otros han comprobado que la población del campo en Puerto Rico tenía el 90 por 100 de anquilostomiásicos, y que por esto conviene no hacer cundir la idea de que ésta es una enfermedad propia exclusivamente de los mineros, porque si tal se hace creer al público, los que no tengan relación con las minas se quedarán tan tranquilos, con lo cual se dificulta la profilaxis de la enfermedad. Que la anquilostomiasis se ha llamado *Mal de los mineros* porque en las minas fué donde primeramente se descubrió, pero que, según se comprueba por el mapa que acababa de presentar á la Academia el Dr. Espina, hay provincias enteras en que existen gran número de anquilostomiásicos, á pesar de no existir en ellas mineros ni minas, y que así lo prueba también el hecho de que los dos primeros casos se observaran en tejeros.

Que en Bélgica misma la alarma es grande, porque no es sólo en las minas en donde existe la anquilostomiasis, porque hay regiones en que á pesar de no haber minas, padecen la enfermedad mujeres y niños; de modo que no debe considerarse circunscrita la anquilostomiasis á las cuencas mineras.

Manifiesta que la propaganda hecha entre las personas es más eficaz que la que se hace por medio de las leyes, y que si esto es así, en aquellos países en que se guarda profundo respeto á las leyes, con más razón en España, en donde hay instintiva repugnancia á todo lo que signifique ley. Que por esta razón se halla de acuerdo con el Dr. Espina en que debe comenzarse por difundir la higiene por medio de conferencias y cartillas, pero que es también necesario que el Estado ayude al médico para que se conozca la extensión del mal y la manera de combatirlo; pero que al Estado corresponden los medios adecuados para que la enfermedad no se difunda y, sobre todo, para que donde no haya infección se evite, tanto más cuanto que contamos con una gran riqueza minera sin explotar en varias provincias españolas.

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 29 de Mayo de 1905.

Un caso de peritonitis supurada circunscrita.—El Dr. VALLE Y ALDABALDE: El enfermo que tengo el honor de presentar es de cincuenta y cinco años de edad, soltero, jornalero, natural de Cienpozuelos, y confiesa hábitos alcohólicos, por más que éstos no se revelan por ninguna manifestación clínica.

En sus antecedentes de familia no hay ningún dato que pueda tener relación con su padecimiento.

Respecto á los personales, refiere que á los seis años padeció la viruela y al poco tiempo un ataque de reuma, que le retuvo en la cama cerca de un mes, y que le obligó á andar algún tiempo con muletas. A los dieciocho años padeció paludismo de forma leve, pero que duró unos dos ó tres meses. A los veinte años sufrió un fuerte traumatismo en el hipocondrio izquierdo, y de sus resultas tuvo que guardar cama unos tres meses, sin que, á pesar de todo, le hubiera quedado la menor reliquia como consecuencia de tal accidente.

El 16 de diciembre último recibió tres puñaladas, una en la parte superior y externa de cada muslo, y otra un poco por fuera de la línea mamilar derecha y por debajo del punto en que esta línea cruza al borde costal. Según refiere el enfermo, por dicha herida le salía el omento, y el médico, para cerrar la herida, se vió obligado á extirpar parte de dicho omento. De todas suertes, antes del séptimo día habían cicatrizado las tres heridas; dato que debe ser cierto por lo mismo que se ha tratado de un caso judicial, en que tanta importancia tiene el plazo de curación de esta clase de lesiones.

Pero si bien la cicatrización de la herida del vientre fué tan rápida como la de las de los muslos, le quedaron en cambio, como consecuencia de dicha herida, unos trastornos que fueron la causa de su ingreso en el hospital el día 14 de enero del corriente año.

Consistían dichos trastornos en unos dolores, fuertes y persistentes, que se extendían desde el lado de la cicatriz abdominal hasta el opuesto, y que cuando ingresó el enfermo en mi sala iban acompañados además de vómitos, muy continuos y rebeldes, y al cabo de algún tiempo de un hipo también muy tenaz, por todo lo cual llegó á caer el enfermo en un estado tal de postración, que hubo momentos en que perdí la esperanza de salvarle. Padecía además el enfermo un estreñimiento, que fué necesario vencer con purgantes suaves y con enemas.

En el primer mes ó mes y medio de la estancia de este enfermo, no se apreció por el reconocimiento del abdomen nada que pudiera dar explicación de los síntomas observados, y es de advertir que, habiendo sido este sujeto uno de los que sirvieron como caso para los exámenes de jefes clínicos, verificados en dicha época, fué objeto preferente de discusión y estudio, lo mismo que por los alumnos que asisten á mi Clínica. No obstante lo cual, repito, en los primeros treinta ó cuarenta días no se encontró en el abdomen nada de particular.

Mas, pasado dicho plazo, ó sea á fines de febrero próximamente, se empezó á percibir en la profundidad del vientre y á nivel de la región umbilical, un tumor como una naranja, que progresivamente se fué haciendo más superficial, aproximándose al ombligo, fundiéndose con esta cicatriz y acabando al fin por supurar á través de la misma, con lo cual fué disminuyendo el tumor, hasta que á fines de marzo desaparecieron por completo, y con él de un modo paulatino, todas las molestias antes mencionadas, restableciéndose el enfermo hasta encontrarse en el estado bastante satisfactorio de nutrición y de fuerzas en que hoy tengo el gusto de presentarle. Es de advertir que en todo este tiempo apenas hubo fiebre.

Debo manifestar que además de los laxantes y enemas que se emplearon para combatir el estreñimiento, y de los narcóticos y sedantes á que se apeló para combatir los dolores, el hipo y los vómitos, á la vez que una alimentación adecuada, se cuidó cuando se presentó la supuración, que nunca fué fétida, de mantener limpia la región umbilical y expedita la fístula, pero sin emplear ninguna inyección á través de ésta.

Pero no acaba aquí la historia de este enfermo, puesto que en la extremidad inferior derecha existen síntomas dignos de mención. En efecto, el sujeto siente calambres y adormecimientos en la pierna derecha ó, como él dice, en la pantorrilla, calor unas veces y frío otras, y cierta torpeza al andar, por más que ésta no se hace ostensible al examen objetivo. Con éste se aprecia que está más exaltado el reflejo rotuliano en el lado derecho, que el pié respectivo presenta el fenómeno del clonus, aunque poco graduado, y, por último, que si bien en la pierna derecha se conservan normales las sensibilidades táctil, dolorosa y á la presión, está algo disminuída la térmica en la cara externa de la pantorrilla.

Como quiera que es frecuente la presentación en esta Academia de casos médicos curados con tratamiento quirúrgico, me ha parecido que no sería inoportuno traer este caso quirúrgico, que ha sido tratado y curado médicamente. Y he procedido así en este caso porque en un principio no había motivo para pensar en intervención quirúrgica, y cuando la afección abdominal se manifestó como un tumor, probablemente (como así fué) de naturaleza inflamatoria, era tal el estado de postración del enfermo, que me pareció mucho más arriesgado proponer la intervención quirúrgica que vigilar y dirigir la tendencia que naturalmente se manifestaba á una terminación espontánea, aunque no por ello exenta tampoco de peligros. El éxito ha venido á demostrar que la conducta seguida no ha sido desacertada.

En cambio las perturbaciones nerviosas que se observan en la extremidad inferior derecha, muy singulares por cierto, puesto que, no obstante obedecer sin duda á la misma causa, ó sea á la cicatriz de la puñalada recibida en el muslo respectivo, coinciden síntomas de excitación con otros de depresión, acaso exijan, si el tratamiento electroterápico que hoy estoy empleando no da resultado, y dichas perturbaciones se acentúan, una intervención quirúrgica que libere á determinados ramos nerviosos de la compresión que sin duda están sufriendo.

El Dr. *Barragán* felicita al Dr. Valle por su brillante estudio; afirma que obró muy cuerdamente no interviniendo en tanto no diagnosticó de peritonitis supurada. Dice que los exclusivismos, así de curar médicamente

ó con mano armada, son fatales. En el caso actual es seguro que la intervención quirúrgica habría abreviado la curación.

El Dr. *Goyanes* cree que se trató de una epiploitis por infección del epiplón procidente ó de los hilos. Los trastornos gástricos se produjeron de análogo modo que los de las hernias epigástricas. Después hace una exposición de cómo se comporta el peritoneo, superficie fisiológica, ante la infección.

Cuanto á la lesión del muslo, él recuerda que hizo una neurolisis del ciático, englobado en la cicatriz que ocasionó un proyectil, y el enfermo mejoró mucho.

El Dr. *Fernández Sanz* dice que el examen de los reflejos, etc., le hacen pensar que se trata de lesiones irritativas de la neurona periférica, y como la cicatriz de las partes blandas le parece causa pequeña, piensa en una lesión á nivel de las raíces del plexo sacro determinada por la afección peritoneal.

El Dr. Valle y Aldabalde: Estoy conforme con mi amigo el Dr. Goyanes en que la afección abdominal debió haber sido una epiploítis, dada la historia del caso, antes y después de su ingreso en el hospital. Abonan también á favor de tal idea la falta casi absoluta de fiebre que se observó en este enfermo, y que demuestra el aislamiento del foco y la falta también de fetidez del pus, siendo así que todo foco purulento próximo y no bien aislado de los intestinos delgados ó del grueso, se caracteriza por su gran fetidez. Esto, no obstante, no deja de ser rara la tardanza en desarrollarse el tumor epiplóico inflamatorio y la situación central de éste, dado el sitio donde radica la cicatriz de la puñalada.

Respecto á mi conducta terapéutica, si bien el Dr. Barragán se inclina á que acaso hubiera estado justificada en algún momento la intervención quirúrgica, el Dr. Goyanes, en cambio, se muestra conforme con mi manera de proceder, y por lo tanto, creo que no he cometido ningún desacierto.

Respecto á los síntomas observados en la extremidad inferior derecha, debo manifestar á mi buen amigo el Dr. Fernández Sanz, que si bien es verdad que también está exaltado el reflejo rotuliano izquierdo, lo está un poco más el del derecho. Y si á esto se añaden el clonus del pié, que aunque débil sólo se observa en este lado, y los demás síntomas que tampoco se presentan más que en la pierna derecha, es de creer que la compresión que no hay que olvidar que obra como irritante de determinadas fibras del ciático sea la causa de las referidas perturbaciones.

Atribuírlas á la lesión epiplóica me parece muy violento, pues basta recordar, siquiera groso modo, las relaciones nerviosas del epiplón, por una parte con la médula, y por otra las de la pierna, para comprender que la epiploítis, de haber sido causa de los síntomas nerviosos de la pierna derecha, hubiese producido otros en el muslo y hasta en la parte inferior del vientre, siendo, por otra parte, inexplicable con dicha hipótesis la unilateralidad de dichos síntomas.

Obstrucción litiásica del colédoco. — El Dr. Yagüe: I. T., de treinta años, casada, natural y residente en Madrid, guarnecedora, de temperamento ordinario, refiere: que su padre murió á los cincuenta y ocho años de una

herida, y su madre vive; que se crió bien, pero endeble, comenzando á menstruar á los catorce años escasamente y de mal color. En su matrimonio ha tenido tres hijos, con buenos partos; el último en octubre pasado. Hace seis años padeció fiebre tifoidea, y hace un mes un catarro bronquial fuerte, arrojando con tos una sola vez sangre por la boca en pequeña cantidad. La enfermedad actual, y por la que acudió á nuestra consulta de enfermedades del aparato digestivo el 3 de abril, comenzó hace cuatro años, con dolores en la espalda é hipocondrio derecho, que la molestaban á temporadas. La última empezó once días antes de acudir á nuestra observación, con dolor continuo é intenso en la region cística, más acentuado aún á la palpación, y desde donde se irradiaba al hipocondrio derecho, espalda y epigastrio, acompañándose de orinas obscuras como café, deposiciones primero obscuras y luego gredosas y ahora de estreñimiento absoluto desde hace tres días; coloración amarilla de piel y mucosas y algún escalofrío.

Por palpación se percibe en la región cística una tumoración hemisférica, intra-abdominal, dura, lisa, dolorosa, móvil con la respiración, del volumen aproximado de una naranja. El pulso es frecuente á 100 y la temperatura 37°,5 (á las doce de la mañana).

Se diagnostica: obstrucción colédoca de origen litiásico, y se ordena como tratamiento 200 gramos de aceite de olivas de primera, en ayunas, un solo día; irrigaciones intestinales con sonda; agua bicarbonatada al 3 por 1000 para bebida; 8 gramos de sulfato de sosa cada tercer día, en ayunas, en 150 gramos de agua.

El 10 de abril la ictericia es mayor, el tumor cístico bien apreciable y se insiste en el mismo tratamiento. El 17, la tos de una ligera bronquitis obliga á disponerla píldoras de codeína de un centígramo, y el 28 del mismo mes han disminuído los dolores, es menor la ictericia y algo coloreadas las heces; se la disponen papeles de un gramo de salicilato de sosa y benzoato de sosa, para tomar cuatro veces al día, y el día 12 de mayo se la da el alta curada, sin que restara ninguna manifestación funcional de su anterior padecimiento. Sólo por palpación se aprecia un pequeño tumor, del tamaño, forma y situación de la vesícula biliar, que por su dureza se puede aseverar que evidentemente está lleno de cálculos, como puede todo el que quiera comprobar con los debidos cuidados.

El diagnóstico no ofreció ni podía ofrecer duda alguna; se trataba de obstrucción litiásica del conducto colédoco, que ha sido curada por tratamiento médico á los veintiún días de su obstrucción. Estos son los hechos. Y aunque es lo común y corriente en la práctica y así se ve todos los días, precisa referirlo aquí enfrente de las radicales afirmaciones que han hecho cirujanos de gran valer y autoridad.

Cabe discutir la patogenia ó el agente productor de la infección, pero esto no es capaz de modificar lo sucedido.

Ahora bien, ¿qué conducta seguir con la enferma? A mi juicio, esperar sin intervenir á reserva de efectuarlo si lo hicieran necesario complicaciones ó cólicos repetidos.

El Dr. Goyanes: El tratamiento del porvenir, y actualmente ya, para que desaparezca el cálculo, cuerpo extraño, es el quirúrgico. Pero hay que intervenir en buena hora, porque generalmente á los cirujanos sólo llegan

los casos graves, que generalmente son inoperables. La cirugía previene la infección, las estrecheces, etc., que produce la litiasis. Acaso en esta enferma la intervención produjese beneficiosos resultados. La litiasis es, según opina Naunyn, afección local de la vesícula que produce núcleos, sobre los que se depositan y forman los cálculos, y extirpando la vesícula, cosa fácil é inocente, se cura radicalmente la enfermedad. Cree, en resumen, el caso operable.

El Dr. *Barragán* es partidario del oportunismo. Cree que si el cólico repite, deberá operarse cuando se calme por un cirujano de valía.

El Dr. González Campo: Los síntomas que la enferma presentaba cuando el Dr. Yagüe la vió, indicaban un cálculo del colédoco. La oclusión cedió, y esto que ocurre frecuentemente, no ha debido extrañar al Dr. Yagüe, pues en su enferma databa de veintiún días, y Dieulafoy afirma que puede curar la obliteración de varios meses. Naunyn dice que se debe operar la oclusión de un año de fecha, y Kehr la que dure más de tres meses si el enfermo no tiene antes fiebre ó enflaquece demasiado.

Si la vesícula reveló repleción calculosa, el Dr. Yagüe ha debido recomendar la intervención, pues esa vesícula es un manantial de peligros que deben evitarse.

El Dr. Yagüe: El hecho de la disparidad de criterio de los dos cirujanos que han honrado el caso discutiéndole, es demasiado elocuente para comentarlo. En cuanto al Dr. Goyanes, de cuyo saber y laboriosidad estamos todos tan convencidos y soy ferviente admirador, espero que ha de rectificar con el tiempo por experiencia personal mayor con información científica más completa, su estrecho criterio. Ojalá sea él el llamado á presentarnos estadísticas suficientes de casos operados y no reproducidos (enfermas y habilidad han de sobrarle), ya que después de las intervenciones de los más diestros y reputados cirujanos las reproducciones han sido numerosas y bien comprobadas, con lo que cae por su base la eficacia del tratamiento quirúrgico, exento de ó con limitado poder curador, y lleno de todos los peligros inherentes á las intervenciones operatorias.

La enferma ha sido presentada como tratada médicamente, no como curada, y fácil será comprobar, hojeando las obras de las autoridades, que la cirugía hoy no da tampoco más que curaciones insólitas ó accidentales.

Para dar base racional á la cirugía, se pretende partir de la afirmación equivocada de que la litiasis, proceso infeccioso de causa enterógena, es de origen vesicular, cuando la mayor parte de las veces es primitivamente radicular y secundariamente vesicular.

No es posible prever cuál será la verdad de mañana, pero cabe aventurar la afirmación, con grandes probabilidades de que ha de tener certeza, de que en la patogenia de la litiasis se ha de volver, aun considerándola infecciosa, á dar gran importancia, como en otras afecciones, al terreno, puesto que sin determinadas condiciones, hoy sospechadas en la acidificación y en el éxtasis biliar, la infección no podría tener lugar.

Durante la fase aguda del proceso el tumor cístico era mucho mayor que actualmente, y hoy, por la falta de todo el síndrome ictérico, es fácil comprobar la permeabilidad del colédoco, y como con no escasa frecuencia se comprueba en las necropsias la existencia de litiasis latentes é ignoradas,

que prueban cómo el organismo puede tolerarla sin ninguna alteración funcional, cree que cabe en este caso esperar sin hacer nada quirúrgicamente, mientras nuevos síntomas no vengan á imponerlo. Y para no perder la oportunidad, he de procurar no perder de vista á la enferma.

Nuevo reostato para endoscopia. — El Dr. Yagüe: La presentación por el Dr. Tapia, al Congreso internacional de Medicina, de un reostato para endoscopia, que permitía utilizar las corrientes urbanas, me indujo á encargar uno análogo, exigiendo para su construcción: ausencia de todo foco luminoso, fácil manejo con perfecto funcionamiento y escaso coste.

Llenando todas estas condiciones á satisfacción, me ha construído el que presento el Sr. D. Tomás Guirao, electrotécnico, y que para conocimiento de todos, honra y estímulo de la industria española, me creo obligado á dar á conocer.

Su mecanismo fundamental es una resistencia no luminosa interpuesta entre la lamparita que se emplea para la endoscopia y la corriente, que es posible graduar á voluntad desde 115 volts á 0, y un flexible con juego de enchufe, rosca y bayoneta, para poder utilizar cualquier instalación eléctrica.

Elegante, de escaso volumen, manejo fácil y seguro, no exige ni se acompaña de iluminaciones externas que puedan hacer menos completa la obscuridad indispensable, haciendo fácil la endoscopia á domicilio.

Junto á estas ventajas tiene la de su coste, que es de 125 pesetas.

PERIÓDICOS

Un caso de eclampsia de un recién nacido. — El Dr. D. Bonfilio Garriga publica en el *Boletín del Colegio de Médicos de la Provincia de Gerona*, el siguiente caso clínico:

«Se trata de un niño nacido á término, perfectamente desarrollado, después de un embarazo y parto relativamente bueno. Sin ningún fenómeno prodrómico apreciable, empezó á las doce horas de nacido á fijar su vista y á oscilar en todos sentidos sus globos oculares, para quedar al fin ocultos detrás del párpado superior, no percibiéndose más que las escleróticas. En seguida vinieron contracciones de los músculos de la cara, produciéndose desviaciones de las comisuras labiales, temblores en las mejillas y barba, saliendo por la abertura bucal una ligera espuma. La cabeza con tendencia á dirigirse á atrás, solicitada por la contracción de los músculos del cuello. Sucesivamente los miembros superiores eran asiento de convulsiones tónicas y clónicas, dominado los movimientos de semiflexión y semiextensión, marcándose su intensidad en unas crisis en el lado derecho y quedando en otras limitada la convulsión al lado izquierdo, indistintamente. En los miembros inferiores se notaban parecidos movimientos, aunque menos pronunciados. La cianosis del rostro acompañaba al cuadro sindrómico expresado, siendo más ó menos marcada según la duración del

ataque; aquí era difícil apreciar la pérdida del conocimiento que suele presentarse durante el acceso, por la corta edad del recién nacido.

Pasada la crisis convulsiva, quedaba el niño completamente tranquilo, abría los ojos, notándose en ellos un ligero equímosis conjuntival, con perfecta igualdad de las pupilas, las cuales reaccionaban normalmente; tampoco se apreciaba señal alguna de parálisis ni de contractura en ninguno de los miembros asiento de las convulsiones; sólo se observaba alguna frialdad, sobre todo en los extremos inferiores, la cual obligaba á la aplicación del calor, para facilitar la reacción del niño.

La duración de los ataques fué unas veces sólo de algunos segundos, llegando otras veces á durar hasta un cuarto de hora. Su número fué de 25 ó 30 el primer día, pues cada media hora se repetía el acceso; luego después los intervalos de calma fueron más largos, disminuyendo su intensidad y duración hasta desaparecer por completo al cuarto día.

Era preciso distinguir las convulsiones puramente eclámpsicas de las propias de una afección orgánica de los centros nerviosos; la falta de los signos reveladores de lesión encefálica que se notaba en el presente caso nos hizo descartar desde luego la presencia de tumor ó lesión en foco, poco frecuentes por otra parte en tan corta edad. Faltando la elevación térmica, la retracción de la cabeza, la exagerada miosis, mirada vaga, desigualdad pupilar, estrabismo, y no habiendo tenido vómitos, no se podían atribuir las convulsiones á la meningitis simple, ni á la granulosa, tan frecuentes en los niños, por no haberse presentado los períodos de excitación y de presión muy marcados en dichos procesos, existiendo por el contrario el retorno aparente de la salud en el intervalo de los ataques.

A pesar de la cortísima edad del niño y de que la duración y frecuente repetición de los accesos daban muchísima gravedad al caso en cuestión, no se hizo un pronóstico desesperado, ya que no existiendo al parecer lesión orgánica ni infección de ninguna clase, se podía esperar algo del tratamiento, si bien no se podía asegurar cuál sería el desenlace; afortunadamente la terminación fué favorable.

Tratamiento: Jarabe de achicorias compuesto, junto con alguna lavativa, para favorecer la expulsión del meconio, tratando las convulsiones con los medios aconsejados, haciendo tomar al enfermito cada cuarto de hora primero, y cada media ó cada hora después, una cucharadita de una poción á base del bromuro potásico y la tintura de almizcle, al objeto de disminuir la intensidad de las crisis. Simultáneamente empleó los enemas de hidrato de cloral, administrando 2 ó 3 al día de $^1/_2$ gramo cada uno, pues para obtener resultados satisfactorios, es cuestión de emplear dosis elevadas, tanto si se trata de la eclampsia infantil como de la puerperal, ó de otras neuropatías (el tétanos por ejemplo), donde también el valor terapéutico de dicho medicamento es indiscutible.

A poco del empleo simultáneo de la poción bromurada y los enemas de cloral, los ataques eclámpsicos fueron disminuyendo en duración é intensidad, hasta cesar por completo (sin repetirse después) á los tres días de su aparición». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 28 de Junio de 1905.

Fibrolipomas periósticos. — El Dr. *Sebileau* dijo que había observado un caso de fibrolipoma perióstico, probablemente congénito, del femur en una joven de dieciocho años. A decir verdad, este enorme tumor era una recidiva de otra neoplasia extirpada tres años antes por otro cirujano, que diagnosticó la afección de *rhabdomioma* del muslo. La recidiva había sido, por consiguiente, rápida.

El Dr. Sebileau diagnosticó el tumor de sarcoma é intervino con intención de desarticular la cadera. Durante la operación observó que se trataba de un tumor fibrograsiento enucleable, implantado por un ancho pedículo en la parte superior de la línea áspera, inmediatamente por debajo del trocánter menor. La ablación de este tumor nó fué difícil. La enferma curó perfectamente, y tres meses después no existía signo alguno de recidiva.

Los resultados del examen histológico del tumor no son conocidos aún, pero á simple vista parece formado más de tejido conjuntivo que grasiento.

El Dr. *Schwartz* manifestó que á juzgar por los casos referidos, los lipomas osteoperiósticos no son tan raros como pudiera creerse á primera vista; conviene advertir también que todas las observaciones publicadas se caracterizan por la conexión del lipoma con el periostio del hueso casi siempre hacia la epífisis: esto puede servir de respuesta á la pregunta del doctor Monod de por qué el nombre de «lipomas osteoperiósticos». La patogenia de estos ipomas sigue siendo obscura á pesar de la discusión.

Tuberculosis ileocecal. — El Dr. *Demoulin* dijo que de los hechos publicados, resulta que se conocen varias formas de tuberculosis ileocecal:

1.° La *forma hipertrófica*, caracterizada por verdaderos tumores tuberculosos del ciego.

2.° La *forma enteroperitoneal*, llamada *ulcerocaseosa perforante*, que no es sino la antigua «tiflitis tuberculosa», tiflitis que va acompañada casi siempre de peritiflitis.

3.° Muy parecida á esta última forma es la que podría llamarse *adenopática*, en la que los ganglios pericecales y del ángulo ileocecal forman la masa principal de tumor de la fosa ilíaca derecha.

4.° Merece también citarse la *tuberculosis parcial del ciego*, del que ha referido un ejemplo notable el Dr. Delbet.

5.° Pueden observarse también á la terminación del íleon, perforaciones que se producen sin defensa peritoneal, estenosis con atrofia y transforma-

ción fibrosa de las paredes intestinales, *tuberculosis ileocecal, perforante, tuberculosis ileocecal de forma atrófica fibrosa estenósica.*

Llamó después la atención de un modo particular sobre una forma enteroperitoneal que ha observado dos veces y la que, al contrario que la forma hipertrófica, se encuentra sobre todo en los tuberculosos confirmados. Se caracteriza por lesiones ulcerocaseosas del segmento ileocecal, que dejan sentir su influencia sobre el peritoneo y los ganglios, produciendo un infarto en la fosa ilíaca, infarto que se reblandece á veces en un punto y que produce un absceso frío ó de reacción inflamatoria ligera; se forma una fístula purulenta al principio y pio-estercorácea después. Tal es la terminación frecuente de la tuberculosis enteroperitoneal. En casos excepcionales se revela por un tumor de la fosa ilíaca poco movible, mal limitado y de consistencia desigual; en este caso se sospecha la forma hipertrófica, y sólo se conoce la verdad al operar. Entonces se encuentra un magma inextricable, formado de asas intestinales enrojecidas, engrosadas, cubiertas á veces de granulaciones miliares adheridas entre sí; existen grandes abscesos y á veces ganglios caseosos enormes. Lo mejor es no prolongar las investigaciones, no intentar la extirpación, sino proceder sencillamente á la exclusión del asa enferma. Esta conducta se impone con más razón en los casos de tuberculosis enteroperitoneal con fístula pio-estercorácea.

Queda un problema interesante en la tuberculosis ileocecal: saber el estado del apéndice.

Los datos que poseemos acerca de este particular son escasos. Lo mismo en la forma hipertrófica que en la enteroperitoneal, el apéndice se ha encontrado unas veces tuberculoso, otras sencillamente engrosado ó deformado, otras sano. La impresión que queda de la lectura de la observación es que en la mayor parte de los casos la causa no radica primitivamente en el estómago, sino que sus lesiones son siempre secundarias á las del ciego.

Neumotomía por dilatación bronquial.—El Dr. *Tuffier* leyó un informe acerca de una observación comunicada por el Dr. Antipas referente á un niño de cuatro años que presentaba todos los signos de una caverna supurada de la base del pulmón con vómica. El Dr. Antipas intervino tres meses después de haber principiado los primeros accidentes de infección pulmonar. La neumotomía demostró que la caverna supurada no correspondía ni como sitio ni como dimensiones á lo que se había diagnosticado por los signos estetostópicos. Se trataba de una caverna pequeña, del volumen de una nuez, formada por una dilatación bronquial. El Dr. Antipas desagüó esta caverna; quedó una fístula permanente, que producía cada vez que se estrechaba, lo que ocurría con frecuencia, accidentes de retención; el enfermo murió al fin de bronconeumonía sobreaguda.

A propósito de esta observación, manifestó el Dr. Tuffier una vez más el poco éxito que debe esperarse de la neumotomía en las ectasias bronquiales, y por su parte se inclina en lo porvenir á recurrir en tales casos á practicar la toracoplastia, la que al favorecer la retracción pulmonar del lado enfermo, cree debe favorecer también la obliteración espontánea de la cavidad bronquial.

Incidentalmente, y á propósito de la técnica operatoria de la neumoto-

mia, alabó el Dr. Tuffier los buenos resultados que ha obtenido en sus últimas operaciones sobre el pulmón con el aparato de hiperpresión de Brauer, destinado á mantener aplicado el pulmón á la pared torácica todo el tiempo que se emplea en operar, aparato que cree superior al de hipopresión (cámara neumática) de Sanerbruch, que ha empleado con el mismo objeto.

El Dr. *Lejars*, que ha visto emplear en Alemania los dos aparatos, no cree que sea posible por ahora decidirse en favor de uno ni de otro, pero le parece que la cámara neumática de Sanerbruch tiene ventajas verdaderas.

El Dr. *Potherat*, que ha visto funcionar la cámara de Sanerbruch en la clínica del Dr. Depage, de Bruselas, participa de la opinión del Dr. Lejars respecto á sus ventajas.

El Dr. *Delbet* dijo que había tenido ocasión de hacer dos neumotomías por dilataciones bronquiales con resultados diversos. La primera enferma necesitó llevar un tubo de desagüe dos años; después perdió el tubo, la fístula se cerró en veinticuatro horas y la enferma murió poco después á consecuencia de un absceso cerebral. El segundo enfermo curó perfectamente á poco de la intervención operatoria.

Resultados lejanos de la resección de dos codos. — El Dr. *Lucas Championnière* presentó una mujer de treinta y tres años en la que resecó hace ocho y seis años respectivamente los dos codos, que estaban afectados de anquilosis reumática. El resultado funcional no puede ser hoy más satisfactorio. El Dr. Championnière llamó la atención sobre el modo cómo su operada ejecuta los movimientos de extensión del miembro, lo que indica que el triceps ha conservado toda su integridad (la resección se practicó por medio de una incisión media). Las radiografías demuestran con toda claridad que la reconstitución de las dos extremidades no se ha verificado, contra lo que afirmaba Ollier. Es verdad que la resección no fué subperióstica, como recomendaba este cirujano.

Resultados de dos laparotomías por tuberculosis peritoneal.—El Dr. *Potherat* presentó dos enfermas, una de cuarenta años y otra de diecinueve, operadas hace cuatro años—el mismo día—por tuberculosis peritoneal.

La primera ha quedado curada desde entonces, porque al practicar una nueva laparotomía, que hizo necesaria un quiste del ovario, no se encontraron lesiones tuberculosas en el peritoneo parietal, en el intestino ni en los órganos genitales.

La segunda enferma no siente trastorno abdominal alguno, pero tiene una pequeña ulceración tuberculosa por encima de la epitróclea izquierda.

(*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 14 de Junio de 1905

El salicilato de sosa en ginecología. — El Dr. Dalché: Las indicaciones terapéuticas del salicilato de sosa en ginecología, son muy discutidas. Cuando se le administra por las vías digestivas, en poción ó en sellos, produce algunas veces verdaderas menorragias, y si la enferma vuelve á tomar muy pronto el medicamento, la sangre reaparece, y una metrorragia sucede á la menorragia. Esta propiedad es especialmente perjudicial durante el embarazo, siendo indudable que favorece el aborto. Cuando se prescribe el salicitato de sosa para calmar un acceso doloroso, especialmente de dismenorrea, casi siempre fracasa. Lo que nos es conocido de su influencia sobre la profusión de las reglas, explica en cierto modo el por qué produce alguna reacción en los dolores dismenorréicos. En efecto, en numerosos casos, sobre todo en las artríticas, la dismenorrea se acompaña de una hiperemia utero-ovárica que el salicilato de sosa no hace más que aumentar.

El uso externo de este salicilato es más satisfactorio, si se tiene en cuenta el efecto, admitido hoy por todo el mundo, que en las amigdalitis ó faringitis este medicamento, empleado en gargarismos, produce una suspensión de las manifestaciones patológicas. En un gran número de casos, he tenido ocasión de emplear el salicilato de sosa directamente sobre la mucosa vaginal, mezclándole, desde luego, con la glicerina á la dosis de 10 por 100, impregnando con esta mezcla un tapón de algodón hidrófilo y colocándolo sobre la parte dolorida. Para evitar que la glicerina se licúe, pongo 10 gramos de salicilato de sosa en 100 de glicerolado de almidón. En último término, empleo los óvulos, pero como existe cierta incompatibilidad entre la gelatina y el ácido salicílico, los óvulos no se pueden solidificar con una mezcla al 10 por 100 y, por lo tanto, contienen un poco menos (del 7 al 7'5 por 100). Los efectos que se obtienen son brillantes, pues muchas mujeres me han dicho que sus dolores se habían calmado, al menos durante algún tiempo, especialmente cuando las enfermas padecían ovaritis ó salpingo-ovaritis, las cuales, aun no estando en el período agudo del principio, no dejan de estar menos sensibles durante mucho tiempo. Los dolores de las flegmasías periuterinas en general, me parecen ser una de sus principales indicaciones.

Este procedimiento no excluye, como se comprende, los otros modos de tratamiento; se pueden continuar las inyecciones y los baños calientes. La aplicación directa del salicilato de sosa constituye, pues, en la medicación ginecológica un auxiliar más, que merece ser experimentado.

Tratamiento de la pitiriasis versicolor por el agua oxigenada. — El Dr. Gallois: Fuí consultado un día por un individuo que presentaba una erupción muy extendida de pitiriasis versicolor. Pensé desde el primer momento en emplear el tratamiento clásico de la tintura de yodo, pero temiendo provocar accidentes de yodismo si cubría la espalda y el pecho con las embrocaciones de tintura de yodo, creí preferible emplear algún otro antiséptico. El que me pareció de más eficacia y menos riesgo fué el agua oxigenada,

puesto que siendo un microbicida inofensivo esta substancia, presenta otras ventajas, como la de disolver la albúmina. Podía, pues, esperar limpiar la piel, obteniendo al mismo tiempo una destrucción más segura del microsporon, y si no lo conseguía, cuando menos lograría hacer palidecer la erupción, ya que el agua oxigenada es un decolorante. Aconsejé, pues, al enfermo empapar de agua oxigenada un tapón de algodón y que se frotara con él todas las partes del cuerpo afectadas de pitiriasis versicolor. La dermatosis se decoloró progresivamente y desapareció, y á los diez ó quince días no había ni señales.

El enfermo, que desde luego no es tuberculoso, permaneció dos años completamente curado. Recientemente vino á verme con una nueva erupción de pitiriasis versicolor tan abundante como la primera vez. Le prescribí el mismo tratamiento, pero siguiendo un consejo, que me fué dado por uno de mis colegas (el Dr. Chassevant, según creo), formulé la siguiente receta:

Agua oxigenada á 12 vol.....	200 gramos.
Borato de sosa.....	4 —

El resultado fué, según parece, todavía mejor que la primera vez, y en ocho días la afección cutánea había desaparecido totalmente.

En el intervalo de las dos visitas, tuve ocasión de aplicar este tratamiento á diversos enfermos que tenían formas más discretas de pitiriasis versicolor y siempre obtuve buen resultado. Indudablemente esta enfermedad de la piel, no es ni muy temible ni muy rebelde. Sin embargo, me ha parecido útil señalar un procedimiento terapéutico, que tanto se distingue por su inocuidad y su limpieza como por su eficacia.

La continuación de la historia del enfermo de que acabo de hablar es, sobre todo, interesante, desde el punto de vista de la teoría de las metastasis. Tres semanas después de la curación de su pitiriasis versicolor tuvo prurito anal. Procuró calmarlo por medio de polvo de ortoformo, pero en vez de calmar esta afección local, ésta degeneró en un eczema agudo generalizado. Al nivel del escroto, y en la parte alta de los muslos, este eczema era muy rebelde. Traté de disminuir la secreción con pomadas y pastas de óxido de zinc sin resultados. Lo que los dió mejores, fué la gelosa, cuya fórmula, de que os he hablado otras veces, es la siguiente:

Agua.....	100 gramos.
Gelosa.....	1'52 —
Glicerina.....	aa 10 —
Oxido de zinc.....	

En esta fórmula, la adición de la glicerina impide que sea retráctil el barniz de gelosa.

El Dr. Danlos: La pitiriasis versicolor cede á todos los tratamientos, pero se reproduce en seguida con más intensidad. Es una afección tan indolora y tan benigna, que dudo de la posibilidad de las repercusiones. En la observación del Dr. Gallois el ortoformo puede ser la causa del eczema. En lo concerniente á la desaparición de la pitiriasis versicolor, bajo la influencia del peróxido de hidrógeno, diré que es un hecho digno de tenerse

en cuenta, puesto que el agua oxigenada no presenta los inconvenientes de la tintura de yodo aplicada sobre una vasta superficie cutánea.

Efectos fisiológicos y terapéuticos del neuronal. — Los Dres. Marie, Pelletier y Viollet: Suministrado á dosis tóxicas el neuronal (bromdietilacetamina), paraliza los músculos lisos y estriados, en particular las túnicas de los vasos (vasoparálisis y detención de secreciones) y de los intestinos. A dosis terapéuticas (1 gramo) favorece el sueño en el insomnio simple, los estados de confusión mental ó de manía subaguda y la agitación automática moderada. El neuronal no se acumula, si bien sus efectos persisten muchos días; se acostumbran poco y su supresión no entraña ningún trastorno apreciable, pudiendo disimularse fácilmente el mal gusto de este medicamento. Contra lo que opinan los Dres. Fuchs y Schultze, el neuronal no parece obrar sobre los convulsivos á las dosis experimentadas y sin ser asociado á otras substancias. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 5 de Julio de 1905.

Paresia unilateral y congénita del músculo recto inferior. — El Dr. *Gutmann* presenta dos casos de este vicio congénito. Uno de los pacientes ha mejorado muchísimo por medio de una operación; el otro va á ser operado. Estos individuos mantenían la cabeza oblícua, sin duda para evitar la diplopia, que por lo demás no se puede apreciar. En la operación resultó que la inserción del músculo caía muy atrás, por lo cual fué necesario adelantarla. Por medio de la operación se han corregido mucho la desviación del ojo hacia arriba y afuera y la actitud oblícua de la cabeza. Estos sujetos no presentaban ninguna otra anomalía congénita.

Ulcera rebelde de la mucosa del carrillo. — El Dr. *Buschke* presenta un individuo de veinticuatro años que ha sido admitido en marzo último, y que refiere que desde hace más de un año se le ha desarrollado lentamente y casi sin dolor una úlcera en la mucosa del carrillo izquierdo, la cual hasta la fecha ha resistido á todos los tratamientos. El único con que mejoró, aunque transitoriamente, fué el yodurado mercurial, no obstante no existir ningún antecedente sifilítico. Además de esto se desarrolló un tumor en ambas regiones temporales. En la mucosa del carrillo izquierdo se veía una extensa superficie ulcerosa, con bordes duros y aplanados y sin presentar ninguna particularidad característica. En cada una de ambas regiones temporales se veía un tumor mal limitado, bastante duro y cuya piel suprayacente estaba normal y se podía levantar bien. Dichos tumores parecían estar adheridos al periostio. La excisión exploradora de porciones de la úlcera y de los tumores no proporcionó ningún dato utilizable para el diagnóstico. La estructura no tenía nada de típico; recordaba mucho la propia de los tumores leucémicos ó linfosarcomatosos. La cura antisifilítica fué inútil. No se confirmó tampoco la idea de que pudiera tratarse de un cloroma.

El autor practicó grandes inyecciones de arsénico y consiguió así curar la úlcera y reducir el tamaño de los tumores. Mas á pesar de este tratamiento local y de los cuidados solícitos que se prestaron al paciente. éste disminuyó de peso.

El autor cree que se trata en este caso de una afección que pertenece al mismo grupo que el cloroma y que la enfermedad de Mikulicz. El pronóstico hay que establecerlo con muchas salvedades, porque todavía pueden presentarse alteraciones en la sangre.

Enfermedades que preceden al cáncer. — El Dr. *Bergmann* recuerda la frecuencia relativa con que se desarrollan carcinomas sobre cicatrices de quemaduras, é insiste en que ya hace mucho tiempo que es conocida la relación que existe entre los estados crónicos irritativos y el desarrollo del cáncer. Así, ya en 1874 describió Paget las lesiones patológicas del pezón de la mama y de la piel que le rodea que pueden preceder al cáncer de la mama. Verdad es que esta enfermedad de Paget es rara, puesto que el autor no ha visto más que 7 casos por cada 1.000 de cáncer de la mama que se presentaron en su clínica. En 1875 llamó Volkmann la atención acerca del cáncer de los obreros en parafina, cáncer que suele presentarse bajo la forma múltiple. A la misma categoría pertenece el cáncer de los deshollinadores.

Hay que traer también á cuento el psoriasis lingual, afección que no tiene absolutamente nada que ver con la sífilis. En ella puede suceder que las papilas y las glándulas mucosas permanezcan por mucho tiempo incólumes, pero al fin acaban las papilas por proliferar hacia la profundidad de los tejidos, y cuando además de esto se presenta un crecimiento atípico del epitelio, se desarrolla acá ó acullá un carcinoma. Como ejemplo presenta el autor un paciente en el que ha extirpado hace dos años y medio uno de estos carcinomas, que sobresalía en medio de placas de psoriasis. Hasta ahora no se han presentado ni recidivas ni metastasis ganglionares.

Son bien conocidos igualmente los cánceres que aparecen en cicatrices de lupus ó en lupus recientes y los que se presentan con el xeroderma pigmentado (Kaposi) en los niños.

En las extremidades únicamente se observan carcinomas primitivos cuando los han precedido lesiones patológicas crónicas, tales como cicatrices, trayectos fistulosos, superficies ulcerosas ó seborrea en ancianos. Tienen importancia especial las manchas pigmentadas, y sobre todo las lisas y múltiples que, como ha demostrado Recklinghausen, contienen fibroneuromas pequeñísimos, así como también la tienen los nævi de aspecto resquebrajado, que son muy obscuros y contienen mucho pigmento. El orador presenta un carcinoma de la piel con metastasis ganglionares, que procede de uno de esos nævus verrugoso pigmentado. Los carcinomas se desarrollan con tanta frecuencia, si no más, que los sarcomas sobre semejantes lesiones patológicas.

Tratamiento quirúrgico de la septicemia puerperal.—El Dr. *Bumm* hace mérito de lo poco que hay que esperar del raspado con la cucharilla ó de la extirpación del útero infectado, de las trompas y de los ovarios en los casos de septicemia puerperal. En cambio, se ha seguido muy poco la idea iniciada primeramente por Sippel de proceder á una ligadura venosa en los

casos de tromboflebitis séptica, como la que se presenta en la piohemia. Estos casos pueden seguir una marcha agudísima; ya al segundo ó tercer día de puerperio se presentan calofríos y fiebre alta. Otras veces la marcha es más subaguda, por cuanto después de una fiebre inicial no muy alta no se presenta el primer calofrío hasta las semanas segunda ó tercera; mas á partir de este momento, los calofríos se repiten á menudo y las enfermas acaban al fin por sucumbir de agotamiento.

W. A. Freund fué el primero que procedió á ligar las venas en esta enfermedad, pero sin resultado. Posteriormente Trendelenburg, después de una serie de fracasos empleando el mismo procedimiento, logró un éxito. El mismo orador, que antes ya había ensayado en vano dicha operación, la ha vuelto á practicar últimamente. Según los casos, así liga una ó ambas venas espermáticas é hipogástricas. Después suelen presentarse dos ó tres días más tarde uno ó dos calofríos, pero luego vuelve la temperatura á su cifra normal.

De esta suerte se han tratado cinco casos en este último año; de ellos sucumbieron dos porque se acudió á la operación demasiado tarde.

Al hacer el reconocimiento en los casos adecuados, no se encuentra nada al lado del útero, y junto á los grandes vasos crurales se descubre una infiltración ligera y sensibilidad á la presión.

Para llegar hasta los vasos prefiere el autor la vía transperitoneal, porque permite inspeccionar el campo operatorio mejor que la extraperitoneal. Con la primera vía no hay más que un peligro, y es la posibilidad de que se infecte el peritoneo cuando se encuentra una periflebitis. Pero esto no es lo que sucede en la piohemia crónica, que es precisamente la afección que figura en primer término cuando se procede á la operación mencionada.

Basta por completo con ligar las venas; excindirlas es una empresa arriesgada, y en último término inútil, dadas las dimensiones colosales que tiene el plexo venoso que rodea al útero puerperal.

Tratamiento de la peritonitis puerperal con la laparotomía y el desagüe.— El Dr. *Kowmatzki* da noticia de cinco casos de peritonitis puerperal difusa que ha curado Bumm mediante incisiones múltiples y el desagüe. Las incisiones se practican sobre el ligamento de Poupart, en la región lumbar y en la cavidad de Douglas; con tubos de goma se establece el desagüe, y en los primeros días se practican dos lavados diarios; en cambio, durante la operación, ni se lava la cavidad abdominal, ni se enjuga con torundas.

En dos casos se trataba de una peritonitis estreptocócica; en tres de una infección mixta. En conjunto se trataron en el año último nueve casos de peritonitis puerperal; dos no se operaron porque ya estaban sin pulso cuando ingresaron en la Clínica; otros dos murieron después de la operación.

Cuando se quiere operar uno de estos casos, se debe hacerlo lo más pronto posible y no andar contemporizando con el opio y la vejiga de hielo. Para el diagnóstico precoz sirve de mucho la punción con la jeringuilla, pero aunque esta punción dé resultado negativo, podemos arriesgarnos con toda tranquilidad á ejecutar una incisión exploradora si entendemos que se trata de una peritonitis incipiente.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung*). — R. del Valle.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 9 de Junio de 1905.

Abscesos subfrénicos. — El Dr. *Egon Ranzi* refiere que desde 1.° de abril de 1901 hasta el 1.° de junio de 1904, se han operado en la Clínica de Eiselsberg diez casos de abscesos subfrénicos. El punto de origen de los mismos fué: en tres casos el apéndice; en cuatro pareció serlo el estómago; en uno una úlcera del duodeno que determinó la formación de un abscesito circunscrito, el cual, por una parte, ocasionó un absceso subfrénico por perforación, y por otra se abrió en el colon transverso. En un caso se trataba de una úlcera tuberculosa del colon ascendente; en un paciente el punto de partida de la úlcera quedó ignorado. Excepto en dos casos, siempre se trató de abscesos subfrénicos del lado derecho, todos ellos intraperitoneales. El pus se había acumulado en nueve casos entre el hígado y el diafragma, y sólo en un caso entre el bazo, el colon, el estómago y el diafragma. En cinco casos hubo también acumulación de gases.

Respecto al diagnóstico, hace notar el autor la gran importancia que tiene en estos casos el examen radiológico. La incisión fué precedida siempre de una punción exploradora. De los diez casos tratados quirúrgicamente, se curaron definitivamente ocho y fallecieron dos.

Cuanto á la técnica de la operación, sólo en dos casos se siguió el camino perpleural que aconseja Grüneisen; en todos los demás se consiguió abrir el absceso sin necesidad de penetrar en la cavidad pleural. Tan sólo en un caso sobrevino secundariamente la infección de la pleura.

Las Dres. *Hochenegg* y *Schnitzler* dan cuenta también de los resultados que han obtenido operando abscesos subfrénicos, y manifiestan que también ellos evitan en lo posible la vía perpleural.

Gangrena cutánea y afasia amnéstica por intoxicación con gas del alumbrado.—El Dr. *Rodrigo Krumbolz* presenta una mujer de cincuenta y tres años que intentó suicidarse, entre siete y media y ocho de la mañana, respirando el gas del alumbrado; á las once la encontraron tendida en el suelo y sin conocimiento. Después de una sangría, una inyección de digitoxina y una hora de inhalaciones de oxígeno, recobró el conocimiento. El 1.° de mayo se presentó afasia amnéstica en esta enferma, que hasta entonces había podido hablar; en los días siguientes se encontró azúcar en la orina. El 6 de mayo se presentaron en la piel del vientre y en la cara anterior del muslo derecho extensas necrosis cutáneas, la mayor de las cuales radicaban entre el ombligo y la sínfisis; las partes gangrenadas de la piel se desprendieron á los cuatro días, comenzando muy pronto la epidermización, á partir de los bordes de las superficies ulceradas. La alteración del lenguaje fué disminuyendo en poco tiempo, pero todavía confunde la enferma algunas letras y sílabas.

Cretinismo. — El Dr. *Guillermo Knoepfelmaecher* presenta tres hermanos que padecen cretinismo.

El de más edad es un joven de quince años y de un metro de estatura; tiene mixœdema de la cara y de las fosas supraclaviculares, y piel seca, es-

camosa, con muchos pliegues y que no suda, en el dorso de la mano y del pié. Del examen radiográfico resulta que la osificación corresponde á la de un niño de cuatro años. El niño llega á componer oraciones gramaticales, pero habla despacio y con voz ronca, está muy atrasado en su desarrollo psíquico y es perezoso y apático.

Su hermano, de seis años, tiene 81 centímetros de talla, iguales de altura las partes superior é inferior del cuerpo, una glándula tiroides palpable y nada de mixœdema apreciable, pero está alterada su osificación, que corresponde, según la imagen radiográfica, á un niño de año y medio. Las fontanelas están abiertas; la mano es corta y tosca, la piel está seca y muy escamosa, el niño no pronuncia más que algunas palabras que muchas veces no son muy inteligibles, es también apático y muy perezoso é imbécil, y camina con mucha torpeza y dando patadas en el suelo.

El tercer niño tiene dos años y medio y una estatura de 68 centímetros; las fontanelas están muy abiertas, no puede andar, habla poco, tiene la boca abierta, la lengua entre las mandíbulas y cuatro dientes. La piel está seca y escamosa.

Los padres de estos niños son de Viena, no han abandonado nunca esta capital, y lo mismo en ellos que en sus ascendientes y en otros tres hijos que tienen y que están sanos, no se encuentra bocio ni ninguna otra anomalía ni perturbación. Tampoco son consanguíneos.

Se trata, por lo tanto, de un mixœdema infantil, esporádico y de presentación familiar. Son dignos de notar: 1.°, la aparición familiar del hipotiroidismo; 2.°, la formación de un bocio que casi nunca se encuentra en el cretinismo esporádico, y 3.°, la falta ó desarrollo poco marcado del mixœdema en dos de los tres hermanos.

El Dr. *Eiselsberg* pregunta qué terapéutica se va á emplear en estos casos.

El Dr. *Knoepfelmaecher* contesta que primeramente se va á dar al interior la substancia tiroidea, y que si es preciso se ensayará el ingerto de trocitos de glándula tiroides, tal como lo ha propuesto Christiani.

Rinoescleroma. — El Dr. *Leopoldo Freund* presenta un caso de rinoescleroma. El enfermo ha sido tratado por medio de los rayos X á pequeñas dosis hasta el 19 de abril último. Las series de sesiones han sido cuatro, y en conjunto dichas sesiones han sido 23 de seis minutos cada una. Durante todo este tratamiento, no sobrevino una reacción particularmente notable; lo único que se presentó fué una pigmentación bastante intensa. Una vez suspendido el tratamiento, quedaron mucho más blandas las partes de la piel, que estaban duras, y desaparecieron las infiltraciones. En la actualidad, la nariz aparece casi completamente normal, si se prescinde de una infiltración pequeña que queda en el lado izquierdo de su dorso, y otro tanto hay que decir del labio superior. La fisonomía ha perdido su aspecto singular y extraño; el paciente ya no respira como antes por una de las ventanas de la nariz, sino por las dos, y las molestias que sentía han desaparecido en absoluto.

Coincidencia de los cambios de volumen del corazón y de las modificaciones del pulso. — El Dr. *Moritz Heitler* recuerda que en 1889 demostró en la clínica, que los cambios de volumen del corazón coinciden con alteraciones

del pulso. Sus experimentos han probado también que entre dicho volumen y el pulso existen relaciones muy estrechas y regulares. Observó asimismo en los casos de aritmia, que cuando el pulso es pequeño, la macicez cardíaca es grande, y viceversa. Ultimamente logró provocar de un modo artificial la producción de pulso grande y de pulso pequeño, observando entonces que la macicez cardíaca presenta las mismas variaciones que cuando el pulso cambia espontáneamente. Si se comprimen enérgicamente y por bastante tiempo la región hepática ó las costillas superiores, el pulso se hace pequeño y aumenta la macicez cardíaca, debilitándose el latido del corazón; cuando cesa dicha presión, el pulso se hace mayor y se reduce la macicez cardíaca. El examen radiológico ha confirmado los datos suministrados por la percusión. El aumento de la sombra cardíaca se verifica principalmente en sentido lateral y más hacia la izquierda que hacia la derecha. El ensanchamiento hacia la izquierda se acentúa en unos casos más en la parte superior, y en otros más en la inferior.

Fractura del cuello del femur. — El Dr. *Carlos Ewald* presenta los actinogramas de la fractura del cuello del femur de un niño de diez años, antes y después de un tratamiento especial. El muchacho, al caerse de un carro de hierba el 14 de julio último, sufrió una fractura intertrocantérea, con penetración y acortamiento de 3 centímetros. A los catorce días, previa anestesia general, se hizo desaparecer este acortamiento por medio del enderezador de caderas de Lorenz, y una vez colocado el miembro en abducción forzada, se le rodeó juntamente con la pelvis con un vendaje de yeso. El lado sano se elevó 5 centímetros por medio de una suela gruesa. En dicha posición de abducción anduvo el niño con sus piernas paralelas y sin más apoyo que un bastón. A las seis semanas se quitó el vendaje enyesado y se fué rebajando poco á poco la suela alta hasta dejarla igual á la del otro lado, al cabo de tres meses. Los actinogramas demuestran que el ángulo recto que formaba el cuello del femur á consecuencia de la fractura, se convirtió en obtuso, gracias al tratamiento.

En los individuos flacos se consigue el objeto con el procedimiento mencionado; pero en los gruesos el vendaje enyesado no proporciona fijación suficiente, y hay que tratarlos en la cama separando ambos miembros todo lo que se pueda. Para ello conviene mantener en abducción cada uno de los dos miembros por medio de la tracción ejercida en cada uno con un peso de unos 5 kilos. — (*Wiener klinische Rundschau*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Método fácil y sencillo de limitar los órganos interiores.—El Dr. Bendersky, de Kiew, ha expuesto en el último Congreso alemán de Medicina interna un método para limitar los órganos interiores, que consiste en combinar la auscultación con la percusión.

Se ausculta por medio de un estetoscopio blando, cuya campana se mantiene aplicada á la zona respectiva con la mano izquierda; el auricular se

introduce en el oído del explorador y con los dedos de la mano derecha se percute suavemente en todas direcciones. En este caso no hay que distinguir la macicez del ruído timpánico; todos los órganos, contengan ó no aire, dan el mismo sonido. Hasta que la campana del estetoscopio y el dedo percutidor se encuentran en el órgano, se oye un sonido; pero tan pronto como se han pasado los límites del órgano, el sonido disminuye mucho ó cesa. Podemos así orientarnos muy pronto acerca de los límites del estómago, colon transverso, etc. Los resultados son muy notables cuando se exploran los vértices pulmonares. Se aplica la campana del estetoscopio á ambos lados de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical (á unos cuatro dedos en dirección oblícua) y se percute de un modo suave y delicado, á menudo con un dedo.

Cuando los vértices pulmonares están normales, se oye el sonido en toda la zona, pero si existe lesión, se oye el sonido en uno ó en ambos lados, con simetría ó sin ella.—(*Zentralblatt für innere Medizin*).—R. DEL VALLE.

Tratamiento de las hemorroides.—Hill divide las hemorroides en internas y externas. De éstas sólo dos formas son comunes, la trombósica y la de tejido conjuntivo. La primera consiste en una extravasación de sangre en la margen del ano debajo de la piel que cubre el esfínter externo. Es muy dolorosa durante dos ó tres días, es decir, hasta que se absorbe el coágulo que comprime los nervios sensitivos del orificio anal. Su tamaño varía del de un guisante al de una avellana. Su mejor tratamiento consiste en inyectar una disolución de eucaína al 1 por 100. Se emplea con este objeto una jeringa hipodérmica de aguja delgada y puntiaguda. Se sujetan con el índice y el pulgar la piel de la margen del ano, y se hace la inyección lentamente en la línea en que ha de practicarse la incisión. Después, con un bisturí curvo se atraviesa la base del tumor hemorroidal y se corta hacia afuera. El coágulo sale espontáneamente, ó si es necesario se extrae y aplica sobre la herida gasa yodoformada para evitar que se forme otro nuevo. La cura queda aplicada por espacio de veinticuatro horas.

Las hemorroides de tejido conjuntivo se componen de pliegues redundantes de piel anal y peri-anal. Cuando se inflaman son muy dolorosas é impiden andar y sentarse. Los Dres. Goodsell y Miles aconsejan en estos casos el tratamiento siguiente: después de lavar las partes afectadas con agua caliente y de secarlas se toca la región anal con algodón en rama mojado en aceite, para desprender todas las secreciones ó restos de pomadas que puedan estar adheridas. Hecho esto se aplica, durante la noche, la siguiente pomada:

Oxido de zinc	8	gramos.
Linimento alcanforado	15	—
Vaselina	30	—

Por el día se espolvorea la región anal con la siguiente mezcla:

Oxido de zinc	15	gramos.
Alcanfor en polvo	8	—
Almidón pulverizado	40	—

Cuando desaparecen los síntomas agudos, se extirpan las hemorroides

con unas tijeras curvas, anestesiando antes la zona operatoria inyectando la disolución de eucaína. La herida que resulta se deja curar por granulación ó, si es muy extensa, se une por medio de suturas con catgut. Si hay gran número de hemorroides, se extirpan en cada sesión dos ó tres.

(*Boston Med. and Surg. Journal*). — F. Toledo.

La circulación sanguínea en los anémicos.—Según ha referido el Dr. Mohr, de Berlín, en el último Congreso alemán de Medicina interna, las investigaciones experimentales acerca del cambio nutritivo en los anémicos no han dado ningún resultado en qué fundar la hipótesis de que en los anémicos estaría disminuída la oxidación total ó modificado el metabolismo de algunas substancias (albuminoideas, grasas, etc.); más bien se ha demostrado que se conservan normales ó hasta aumentados el consumo de oxígeno y la producción de CO^2, y que es muy excepcional observar un aumento en el metabolismo de los albuminoides y otra anomalía patológica (aparición de productos intermedios del cambio nutritivo) que en analogía con otros hechos observados en patología como consecuencia de la falta de oxígeno en el organismo. Cuando se observa, todo lo más que se puede admitir es que se trata de una falta local de oxígeno. Estos hechos por una parte y la disminución indudable del oxígeno en la sangre anémica por otra, obligan á admitir la existencia de mecanismos de compensación en el organismo anémico que garantizan la marcha normal de los procesos del metabolismo nutritivo. Dichos mecanismos pueden consistir en el modo de conducirse la hemoglobina, en la utilización del oxígeno en los capilares y en las modificaciones de la circulación.

Respecto al primer punto, deduce el autor de sus investigaciones que la capacidad de la hemoglobina para la absorción del oxígeno no es constante, sino que puede variar tanto en condiciones normales como patológicas. Así es frecuente observar que precisamente en la sangre pobre en hemoglobina se encuentren cifras muy altas de su capacidad de combinación con el oxígeno. Por el contrario, en casos de hiperglobulia, con 28 ó 31 de hemoglobina por 100 de sangre ha encontrado el autor que dicha capacidad es muy inferior al término medio que indica Hufner 1'34 cm^3 de O por 1 gramo de hemoglobina. Más importante que este hecho para los fenómenos de compensación que se observan en los anémicos, pueden ser: la mejor utilización del oxígeno arterial en los capilares y la mayor velocidad de circulación de la sangre, que se demuestra experimentalmente por medio del procedimiento indicado por Zuntz. En algunos casos interviene además como factor compensador un aumento de volumen del impulso cardíaco.

(*Zentralblatt für innere Medizin*) —R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

TRATAMIENTO DEL PALUDISMO REBELDE

POR EL AZUL DE METILENO

POR EL

DR. D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar

Hace ya algún tiempo que dimos á conocer una observación muy interesante de paludismo crónico curado con el azul de metileno; más recientemente y con motivo de una grave epidemia de la misma enfermedad desarrollada entre las tropas de la guarnición de Melilla, desde septiembre á diciembre de 1904, hemos tenido ocasión de hacer uso de la referida droga en gran número de enfermos palúdicos refractarios á la quinina, consiguiendo, en la inmensa mayoría de los casos, resultados verdaderamente notables.

Al comenzar el trabajo de que acabamos de hacer mérito, y con objeto de justificar el empleo de un medicamento tan poco generalizado entre nosotros, á pesar de su indiscutible valor práctico y de sus múltiples aplicaciones, dimos cuenta de los estudios y ensayos clínicos de Guttmann, Moncorvo, Osver, Thager, Marsahal, German Sée, etc., etc., pero á estos importantes testimonios hay que añadir ahora los de Schegoloff, Boinet, Trintignain, Bouirdillon y Dombrowsky.

El primero de dichos profesores publica una historia de extraordinario valor científico, pues con ella sola basta para demostrar que el agente medicamentoso de que tratamos, no sólo desenvuelve efectos antipalúdicos tan acentuados como los de la quinina y el arsé-

nico, sino que además consigue casi siempre la curación de los casos refractorios á estas últimas drogas.

Se trataba de un sujeto que desde hacía tres años venía padeciendo de paludismo. Cuando ingresó en el hospital presentaba un voluminoso infarto del hígado y del bazo con anemia profunda, fiebre, inapetencia y estreñimiento. El hígado, cuya consistencia era mucho mayor que en estado normal, se extendía hasta dos traveses de dedo por debajo de las costillas falsas, y el bazo, de dureza casi leñosa, venía á ocupar casi la mitad del hueco del abdomen, pues su límite superior se encontraba al nivel de la séptima costilla y el inferior á dos traveses de dedo sobre la cresta ilíaca.

Con anterioridad á su ingreso en la clínica, se habían administrado al enfermo grandes cantidades de quinina sin conseguir beneficio alguno, y en vista del fracaso de tan activa medicación, se recurrió desde luego á los arsenicales, introduciendo por vía hipodérmica cantidades bastante elevadas de licor de Fowler, pero sin llegar á conseguir resultados apreciables. Entonces comenzó á administrarse el azul de metileno, dando al paciente 75 centígramos en tres fracciones cada veinticuatro horas. Al cuarto día de haber comenzado dicho tratamiento, mejoró el estado general, cesó el dolor de cabeza, renació el apetito, disminuyó el volumen del bazo casi á la mitad y el infarto del hígado se redujo en una extensión como de 3 centímetros.

Comprendiendo la excepcional importancia de tales resultados, el autor siguió haciendo uso de la misma droga durante seis días consecutivos, para suspenderla después durante otros seis y volverla á administrar en seguida por espacio de una semana, consiguiendo que una vez transcurrido este último plazo, pudiera confirmarse la curación completa y definitiva de tan arraigado padecimiento.

Boinet y Trintignain, no sólo lograron con el mismo producto farmacológico que ahora se estudia, verse libres por completo de un paludismo muy tenaz y muy rebelde adquirido en la Indo China, sino que, empleándolo después en varios enfermos de la misma clase, consiguieron alcanzar en todos ellos iguales beneficios. Las dosis prescritas por estos Profesores venían á ser de 50 centígramos á 1 gramo cada veinticuatro horas y la curación se obtuvo invariablemente dentro de un plazo que oscilaba entre ocho y quince días, á pesar de haber empleado antes sin resultado alguno y en repetidas ocasiones grandes cantidades de quinina.

Thayer ha hecho uso de idéntica medicación en cuantos individuos palúdicos ha tenido ocasión de tratar, lo mismo cuando sólo experimentaban ataques febriles agudos, que cuando se hallaban también bajo la influencia de manifestaciones crónicas, obteniendo, sin excepción, curaciones tan rápidas y duraderas, que no vacila en considerar al azul de metileno como muy superior á las sales de quinina, por cuanto se refiere á su acción específica sobre el hematozoario de Laveran.

Finalmente, Bourdillon (de Marsella), ha curado tres casos refractarios á los preparados de quinina y de arsénico, y Drombrowsky ha recurrido al mismo procedimiento en otros diez enfermos de paludismo, consiguiendo resultados en extremo satisfactorios.

***

Como hemos manifestado anteriormente, casi todas las observaciones recogidas por nosotros se refieren á casos rebeldes á la quinina y corresponden á individuos de tropa, es decir, á sujetos sanos de diecinueve á veintiun años, que comenzaron á sufrir manifestaciones palúdicas durante los meses de septiembre y octubre de 1904, y que después de haber sido tratados con poco éxito en el Hospital de Melilla, fueron enviados al de Chafarinas con la esperanza de que el cambio de localidad, unido á las buenas condiciones higiénicas (naturales) de dicha isla, acabaran por conseguir la curación sin necesidad de trasladarlos á la Península.

Desgraciadamente no ocurrió como se esperaba; ninguno de los palúdicos que vinieron en estas condiciones curó sin tratamiento; todos tuvieron que estar sometidos durante largo plazo al empleo de grandes dosis de quinina; muchos sufrieron diversas recaídas, pues la fiebre volvía á aparecer en cuanto se suspendía la administración del antitípico, y algunos, no sólo recayeron varias veces, sino que terminaron por mostrarse al fin y al cabo completamente refractarios á la acción de todo género de preparaciones quínicas y arsenicales.

A este último grupo de enfermos corresponden los casos en que he empleado el pioctanino azul, obteniendo en todos ellos, á pesar de su extraordinaria rebeldía, los notables resultados que se expresan á continuación:

Observación 1.ª — Bautista Colominas Llóren, soldado de la segunda Compañía del primer Batallón del Regimiento infantería de

el 9 lo pasa completamente bien; el 10 ligero acceso de corta duración; el 11 sin fiebre; desde entonces continúa sin novedad.

Durante dos semanas se sigue administrando la droga; siete días á la dosis de medio gramo y ocho en cantidad de 25 centígramos.

Observación 8.ª—Víctor Vidal Acaso, de la primera Compañía del primer Batallón de dicho Regimiento; fiebre terciana que comenzó á aparecer el 25 de diciembre, habiendo estado sometido al uso de la quinina en dosis de 1 ó 2 gramos, desde dicha fecha, sin conseguir la desaparición de los accesos.

El 1.º de enero comienza la medicación por el azul de metileno en cantidad de 50 centígramos en dos fracciones. Desde el 3 sin novedad.

Observación 9.ª—Juan López Tovar, cabo de las tropas de Artillería de Melilla; llevaba once días con fiebres palúdicas de forma terciana, sin que el empleo de la quinina en cantidades bastante grandes (1 á 2 gramos diarios) hubiera conseguido hacerlas desaparecer.

El 4 de enero comienza á tomar 50 centígramos de azul de metileno en dos fracciones. Desde el 6 sin novedad.

Observación 10.—Miguel Cao, de la segunda Compañía del primer Batallón del antedicho Regimiento, ingresó en el Hospital el día 31 de diciembre de 1904, con fiebre intermitente diaria. Hasta el 6 de enero de 1905 se administran sin resultado 2 gramos de sulfato de quinina cada veinticuatro horas; desde este día se prescribe 1 gramo de azul de metileno en dos fracciones, consiguiendo la desaparición definitiva de los accesos desde el día 11 del mismo mes.

Observación 11.—Francisco Peña Urbano, de la segunda Compañía del primer Batallón, ingresó en el Hospital el 30 de diciembre de 1904 con accesos palúdicos de forma febril y tipo diario muy pronunciados y duraderos, que se combaten, sin beneficio alguno, con el sulfato de quinina á la dosis de 2 gramos diarios.

En vista de la ineficacia de la expresada medicación, se comienza á hacer uso del azul de metileno el día 6 de enero, en cantidad de 50 centígramos, consiguiendo la completa desaparición de dichos accesos febriles desde el día 8 del mismo mes.

Observación 12.—Pedro Sáez Jiménez, de la primera Compañía del tercer Batallón, ingresó en el Hospital en 27 de diciembre de 1904, con fiebre intermitente diaria. Durante una semana se le administran 2 gramos diarios de quinina, sin conseguir que los accesos palúdicos desapareciesen. El 3 de enero comienza la cura por el azul de metileno en cantidad de 50 centígramos, pero en vista de que el 4 y el 5 continúan manifestándose los accesos, sin otra modificación que la de su intensidad, pues en dichos días aparecen mucho más débiles y menos duraderos, se eleva la dosis diaria de azul á 1 gramo en dos fracciones, consiguiendo que desde el 8 del mismo mes cesasen por completo y definitivamente.

Observación 13.—Francisco Barranco, soldado de la segunda Compañía del primer Batallón, con fiebre intermitente diaria desde el 28 de diciembre de 1904, y sometido á tratamiento por el sulfato de quinina, en dosis de 2 gramos diarios, sin beneficio alguno. El 3 de enero comienza á administrarse el azul en cantidad de 50 centígramos al día, pero los accesos continúan algo atenuados durante los días 4 y 5. El 6 un gramo en dos fracciones; el 7 ligero acceso; el 8 sin fiebre, permaneciendo bien hasta el 11, fecha en que se rebaja la cantidad diaria del medicamento á 50 centígramos. El 12 ligero acceso; se vuelve á elevar la dosis diaria á 1 gramo. Desde el 13 sin novedad.

Observación 14. — Mariano Forner Ball, de la primera Compañía del tercer Batallón. Llevaba seis días con fiebre intermitente terciana, tratada sin éxito con 2 gramos diarios de sulfato de quinina. El 3 de enero 50 centígramos de azul en dos fracciones. El 4 sin novedad. Los días 6 y 7 ligeros accesos. Desde el 8 no han vuelto á presentarse las fiebres.

Observación 15.—José Escudero Bermúdez, de la cuarta Compañía del segundo Batallón. Fiebre intermitente diaria desde el 29 de diciembre, tratada sin éxito con el sulfato de quinina en solución, á la dosis de 2 gramos cada veinticuatro horas.

El 3 de enero 50 centígramos de azul en dos fracciones. El 4 de enero pequeño acceso que se repite el 5; el 6 de enero 1 gramo del medicamento en dos fracciones. Desde el 7 sin novedad. Continúa tomando 1 gramo hasta el día 10, en cuya fecha se rebaja la dosis á 50 centígramos.

Observación 16.—Antonio Fernández Aguilar, de la primera Compañía del tercer Batallón, venía padeciendo fiebres palúdicas desde el día 2 de enero, y tomando quinina en dosis de 1 ó 2 gramos desde el 3 ó 4 del mismo mes. Los accesos afectaban unas veces tipo diario y otras terciano, y si bien algunas veces llegaron á desaparecer por plazos muy cortos de dos ó tres días, no tardaron en volver á manifestarse sin que se hubiera suspendido la medicación.

El 20 de enero se prescribe el azul de metileno en dosis de 1 gramo diario. Desde el 24 sin novedad. No obstante, continúa con 1 gramo hasta el 26.

Observación 17. — José Jiménez Fernández, de la segunda Compañía del primer Batallón. Fiebre intermitente diaria desde el 27 de marzo del año actual, tratado sin éxito por el sulfato de quinina en cantidad de 2 gramos cada veinticuatro horas.

El 5 de abril comienza á hacer uso del azul de metileno á la dosis de 1 gramo en dos fracciones. El 7 sin fiebre: desde entonces no ha vuelto á tener más recidivas.

Observación 18.—José Flores Barraquer, de la segunda Compañía del tercer Batallón. Fiebre intermitente terciana, tratada sin éxito con 2 gramos diarios de quinina desde el día 28 de diciembre. El 9 de enero se comienza la medicación por el azul de metileno en cantidad de 50 centígramos. Desde el día 11 sin novedad.

Observación 19.—El moro Almar Bén Sadia, con paludismo crónico, profunda anemia é infarto muy acentuado del hígado y del bazo. Cuando ingresó en el Hospital llevaba un mes sufriendo accesos febriles de tipo diario. Se le sometió durante ocho días á la medicación quínica (2 gramos cada veinticuatro horas de sulfato en solución), pero en vista de que los accesos seguían manifestándose de la misma manera, y atendiendo además á los graves fenómenos de intolerancia manifestados por parte del aparato digestivo, recurrimos al azul de metileno en cantidad de 1 gramo diario, comenzando el 12 de enero á hacer uso de la referida medicación. El 16 dejaron de manifestarse los accesos febriles, pero se continuó administrando las mismas dosis del medicamento hasta el día 19, en cuya fecha instituímos la medicación tónica por medio del hierro, el arsénico y la nuez vómica, combinada con pequeñas dosis de quinina.

Observación 20. — Antonio Pérez Cabrera, de la primera Compañía del primer Batallón, enfermo con paludismo desde hacía dos ó tres semanas, ingresó en el Hospital el 5 de abril del corriedte año con accesos febriles de tipo diario.

Después de emplear, sin resultado alguno, el sulfato de quinina en solución y á la dosis de 2 gramos cada veinticuatro horas, recurrimos al azul de metileno en cantidad de 1 gramo al día, consiguiendo la desaparición completa y definitiva de la enfermedad en plazo muy breve.

Observación 21. — José López Rusafa, de la misma Compañía que el anterior, venía padeciendo accesos diarios de fiebre palúdica desde el 25 de enero. Después de haber empleado la quinina en grandes dosis, sin conseguir la desaparición de dicho mal, comenzamos á administrar el 16 de febrero 1 gramo diario de pioctanino azul en dos fracciones.

El 19 del mismo mes faltó el acceso febril; el 21 hubo un pequeño ataque que apenas duró una hora y desde entonces el enfermo continúa perfectamente.

Observación 22. — Dionisio Gómez Cubero, ingresó en el Hospital el 28 de enero del corriente año, con fiebre intermitente terciana que no se modificó á pesar de haber administrado durante dieciocho días 2 gramos diarios de bisulfato de quinina en solución acuosa.

El 16 de febrero comienza el tratamiento por el pioctanino azul en la misma forma y empleando iguales dosis que en las observaciones anteriores. El día 19 sin fiebre; el 25 sin novedad.

***

En resumen, hemos reunido 22 casos de paludismo agudo ó crónico refractario á la quinina, á pesar de haberla administrado en solución y á grandes dosis, todos los cuales han curado en un plazo muy breve con el azul de metileno en cantidad de ½ á 1 gramo cada veinticuatro horas.

De estos 22 enfermos, 1 tardó en curar un día; 6, dos; 5, tres; 4, cuatro; y 6, cinco.

En cuanto á las cantidades de medicamento necesarias para obtener tan feliz resultado, fueron en 1 caso, 50 centígramos; en 7, 1 gramo; en 2, 1 gramo 50 centígramos; en otros 2, 2 gramos y ½; en 5, 3 gramos 50 centígramos; en 3, 4 gramos; y en 2, 5.

No obstante haber administrado 1 gramo cada veinticuatro ho-

ras durante seis, ocho y hasta diez días consecutivos, nunca hemos podido observar el más leve trastorno que con razón pudiera atribuirse á la influencia del medicamento. La tolerancia fué siempre perfecta; cuando existían desórdenes gastro-intestinales causados por la quinina, no tardaban en desaparecer espontáneamente sin otro tratamiento que la supresión de esta última droga, y en los dos ó tres casos en que hubo al principio de la medicación por el pioctanino ligero tenesmo del cuello de la vejiga, no fué necesario hacer uso de ninguna terapéutica especial para combatirlo, ni siquiera fué preciso recurrir á la mezcla del azul de metileno con pequeñas cantidades de nuez moscada, según aconsejan muchos autores, pues la referida molestia desapareció por sí sola á los dos ó tres días.

Se trata, pues, de un remedio muy útil, desprovisto por completo de inconvenientes, dotado de una acción antipalúdica tan constante y acentuada como la que todos reconocemos en la quinina, y que puede prestarnos extraordinarios servicios cuando este último alcaloide resulta poco eficaz ó mal tolerado.

Conste, sin embargo, que una vez suspendida la administración del remedio, pueden presentarse nuevas reinfecciones, como sucede con todos los demás medicamentos antipalúdicos conocidos hasta hoy. El azul de metileno destruye de una manera casi infalible el hematozoario de Laveran; desenvuelve también una acción preventiva de las más marcadas, cuando se sigue administrando en pequeñas dosis, aunque sea por largo tiempo; pero no confiere la inmunidad para nuevos ataques en cuanto desaparece de la sangre. Verdad es que esto mismo sucede con la quinina, y que pretender otra cosa, sería un absurdo.

REVISTA DE OFTALMOLOGÍA

POR EL DOCTOR

DON SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital Provincial y Hospicio de Madrid.

Sumario: I. Los rayos de radio y la visión.—II. Cefalalgia y otras neurosis que tienen como causa el esfuerzo ocular por vicio de refracción.—III. Tenotomía de los cuatro músculos rectos, seguida de tatuaje de la córnea.—IV. Asepsia ocular.—V. Estudio sobre el glioma de la retina.

I. E. S. London ha practicado, con la ayuda de los rayos de Becquerel, dos clases de experimentos visuales, esencialmente diferentes y que importa distinguir claramente, pues de lo contrario puede surgir confusión en el espíritu y dar á entender que un tratamiento por los efluvios del radio podría dar vista á los ciegos.

En primer lugar, London se ocupa de las apariencias visuales que surgen en los ojos expuestos directamente á los rayos en cuestión. Confirma lo que han dicho otros autores, especialmente que dichas apariencias no se presentan sino en ojos adaptados á la obscuridad, faltan cuando no hay percepción luminosa, parecen debidas á las fluorescencias provocadas por los rayos en el cristalino, y sobre todo en la retina; en fin, los rayos en cuestión no aumentan la agudeza visual estudiada á la luz del día.

Después London describe los resultados obtenidos en los ciegos de nacimiento de la manera siguiente: Es de notar desde luego que los ciegos (dos atrofias bilaterales de los nervios ópticos y un leucoma adherente doble), tenían percepción luminosa y hasta podían distinguir los movimientos de la mano; tenían, pues, una localización visual, pero muy rudimentaria.

Se coloca un trasparente cubierto de una capa fosforescente y se ilumina por el dorso por medio de los rayos de Becquerel, aproximando más ó menos una caja que contiene radio. En seguida (operando siempre en la obscuridad) se ve delante del trasparente una mancha fosforescente y los ciegos en cuestión la ven con más ó menos claridad.

El autor coloca sobre la superficie fosforescente estrías opacas verticales, horizontales, curvas, etc., que los ciegos llegan á reconocer. Después pasa letras y palabras enteras y el ciego aprende

á leer. Les hace ver también la forma de objetos usuales diversos. Sobre una placa de mica, superpuesta al trasparente, el ciego aprende á dibujar y á escribir.

Es de notar que en estos experimentos no se trata ya de la acción de los rayos de radio sobre el ojo, sino de la visibilidad de siluetas obscuras sobre un fondo que emite uniformemente rayos fluorescentes. Estos experimentos son comparables á los de Heller que busca la iluminación más favorable del día para que individuos casi ciegos vean siluetas de los objetos.

Los experimentos de London son interesantes bajo un punto de vista no revelado por el autor. Se coloca siempre en condiciones que adaptan el ojo á una débil iluminación y la visión que se pone en evidencia parece ser la de los bastoncitos. Sería de averiguar si en los ciegos de esta clase no existiría ausencia completa de la visión de los conos y conservación parcial de la de los bastoncitos. (*Archives d'Ophtalmologie*, enero 1905).

II. Snell ha publicado un trabajo haciendo notar que en ciertos casos de jaqueca la corrección de los defectos de refracción es suficiente para obtener su desaparición. Sin embargo, la cefalalgia que provocan los vicios de refracción es diferente de la verdadera hemicránea. El dolor aparece en la frente, encima de los ojos, limitado á la región supra-orbitaria. Puede también presentarse en la región temporal ó en la raíz de la nariz. El dolor puede ser paroxístico ó contuso; generalmente es bilateral, pero puede ser de un sólo lado. En este caso puede ser considerado como una simple neuralgia, sobre todo si afecta á un sólo ojo.

La cefalalgia unilateral es con frecuencia de origen astigmático y asienta en el vértice. Algunas veces el dolor llega al occipucio.

En los niños, el parpadeo y los guiños desaparecen á menudo cuando se corrigen los vicios de refracción. Los vómitos y las náuseas son síntomas frecuentes.

El análisis de 300 casos da los siguientes resultados: astigmatismo hipermetrópico, 43'3 por 100; hipermetropía, 34'3 por 100; astigmatismo miópico, 11'3 por 100; astigmatismo mixto, 3'6 por 100; y miopía, 1'3 por 100.

El autor, basándose en sus observaciones, formula las siguientes conclusiones:

1.ª El esfuerzo ocular por alteración de la refracción es la causa de un gran número de cefalalgias.

2.ª Se observan otras neurosis asociadas á la cefalalgia, á saber:

depresión mental, náuseas, indigestiones, vómitos, anosmia, aturdimiento, movimientos coreiformes de los párpados, cara, etc.

3.ª Los fenómenos dolorosos y demás alteraciones desaparecen después de la corrección de la refracción, examinada con el mayor cuidado

4.ª Para estos exámenes es menester usar un midriásico.

5.ª A menudo el enfermo no se queja de la vista.

6.ª La ametropía es con frecuencia de pequeño grado, 61'2 por 100; en los casos del autor han sido corregidos por un cilindro de 0'75 dioptrías y por debajo.

7.ª Un cilindro de 0'25 dioptrías puede ser de gran valor.

8.ª La anisometropía es frecuente.

9.ª En algunos casos existe insuficiencia muscular, necesitando el empleo de prismas. (*La clinique ophtalmologique*, núm. 14, 1904).

III. El Dr. Trousseau ha practicado la tenotomía de los cuatro músculos rectos, seguida de tatuaje, con el fin de llenar una indicación estética. Se trataba de una joven de dieciocho años que deseaba casarse y cuyo ojo izquierdo estaba atrofiado á causa de una oftalmía purulenta; se encontraba dicho ojo reducido á la mitad próximamente de su volumen normal; no existía córnea, la cual se encontraba sustituída por un tejido cicatricial blanquecino. El párpado superior estaba caído y la abertura palpebral muy reducida; el borde ciliar de este párpado carecía de pestañas.

La enferma deseaba se la hiciera una enucleación que le permitiese la protesis. El Dr. Trousseau la expuso los inconvenientes de dicha operación, la necesidad de llevar siempre un ojo de cristal, y el peligro de que esta circunstancia pudiera repugnar á su prometido, y la propuso la tenotomía de los músculos rectos seguida de tatuaje; operación que en un caso análogo al suyo había dado buen resultado á Wecker.

El Dr. Trousseau hizo la sección de los cuatro rectos en una sesión, la que permitió al globo atrófico hacer eminencia hacia adelante, y así parecer más voluminoso. Tuvo cuidado de desbridar la cápsula, se abstuvo de hacer sutura y aplicó una cura aséptica. Al mes de la intervención, cuando se mira á la paciente á la distancia de 1'50 metros, parece que su ojo tiene el volumen normal, pero el leucoma la da un aspecto desagradable.

Antes de hacer el tatuaje practicó una cantoplastia, con cuya operación la abertura palpebral quedó idéntica á la del lado opuesto. Sabido es que la extensión y la forma de la abertura palpebral

juegan el principal papel en el aspecto que presenta el globo ocular.

Después combatió el falso ptosis por la resección de una estrecha cinta del tarso, después de la elevación del orbicular. Levantado el párpado mejora mucho el aspecto de la enferma, cuyo globo ocular parece más voluminoso.

Luego practicó el tatuaje en cuatro sesiones, no coloreando en cada una sino una pequeña parte del leucoma, cuyo procedimiento es, según el autor, el único para obtener un tatuaje artístico.

Por último, para disimular la falta de pestañas practicó varios puntos de tatuaje cutáneo, bastante próximos, que daban á distancia la ilusión de que eran pestañas.

En suma, gracias á las intervenciones repetidas, el autor ha conseguido en su enferma un resultado estético excelente.

El método de la sección de los músculos rectos fué preconizado por Darier en la enoftalmía, antes que Wecker lo emplease en el caso antes citado. Trousseau ha obtenido buenos resultados, además del caso expuesto, en una niña de trece años, en el que la tenotomía fué asociada á la cantoplastia. En ambos casos la motilidad del ojo quedó completa (*La Clinique ophtalmologique*, enero, 1905).

IV. El Dr. Giffard se ha ocupado de la asepsia ocular, llamando la atención sobre el hecho de que casi siempre se encuentra en los fondos de saco conjuntivales el estafilococus albus, el neumococus de Frænkel y el bacilo del xerosis. Los ensayos hechos para separar de la mucosa dichos microbios no han dado resultado; las pestañas, las glándulas del borde ciliar y los canalículos lagrimales jamás se han podido librar de gérmenes. Frotar los bordes ciliares con bencina no da resultado, por lo cual el autor aconseja cortar las pestañas, frotar las raíces con bencina y embadurnarlas con pomada de óxido de zinc.

No se pueden emplear antisépticos irritantes para la limpieza de los fondos de saco conjuntivales. El autor prefiere para los lavados una solución saturada de ácido bórico ó una solución salada fisiológica. La cura preparatoria aumenta generalmente el número de bacterias; á pesar de esto, aconseja el autor el empleo de un vendaje de fijación, después de la operación, para obtener la inmovilidad y facilitar la curación

La desinfección de las vendas y del algodón apenas es necesaria, si se atiende á las últimas investigaciones. El mejor apósito se compone de algodón húmedo, recubierto de una tela engomada para mantener la humedad, y ambos se recubren de un aparato rígido

que impida los accidentes. El mejor medio para esterilizar los instrumentos es hervirlos durante diez minutos, después de haberlos envuelto en algodón, para impedir que se enmohezcan sus extremidades. Las vendas se empapan en agua jabonosa. Es conveniente protegerlos cubriéndolos, así como la barba, nariz y boca, mediante una compresa de gasa (*Archivos de Medicina y de Cirugía especiales*, octubre 1904).

V. El Dr. Ascunce, de Pamplona, ha publicado un trabajo muy interesante sobre el glioma de la retina, en el cual establece la diferente marcha y gravedad que presentan estas neoplasias, pues hay algunas en las cuales se consigue una curación radical, pudiendo considerarse como benignas, en tanto que otras siguen la marcha que corresponde á los tumores malignos.

Como síntesis de dos casos estudiados clínicamente y de los cortes histológicos de las neoplasias extirpadas, el Dr. Ascunce establece las siguientes conclusiones:

1.ª El nombre de *glioma de la retina* debe reservarse para los tumores de esta membrana formados por neuroglia.

2.ª La característica histológica debe buscarse en el predominio de las células de Deiters y en la presencia de fibrillas neuróglicas y no en la manera como están agrupados los elementos del tumor.

3.ª La evolución tardía de las células embrionarias neuróglicas es la hipótesis que explica mejor hasta hoy la histogenesis del glioma.

4.ª Las denominaciones de gliomas endofitos y exofitos, neuroepiteliomas, gliosarcomas y otras, por las cuales se ha pretendido distinguir los gliomas, no pueden servir en rigor sino para designar diferentes formas anatómicas, pero nada significan en lo que concierne al pronóstico, y no indican tampoco ningún carácter apreciable en clínica.

5.ª Las diferencias clínicas de glioma de la retina dependen del cambio que ha impreso á la neoplasia por la naturaleza del tejido donde el tumor se implanta, así como por las condiciones generales del sujeto atacado.

6.ª El pronóstico de los niños atacados de glioma depende de la extirpación completa ó no del tumor, y esta condición depende á su vez, no de la diferente naturaleza de los gliomas, sino del período evolutivo en que nosotros le hemos sorprendido. (*Annales de oculistique*, febrero 1905).

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 17 de Junio de 1905.

El Sr. *Secretario* (Iglesias) lee una comunicación acerca de la constitución médica en esta Corte durante las estaciones de invierno y primavera del año actual.

Influencia de la luz roja en el tratamiento del sarampión. — El Dr. *Huertas* manifiesta que, aludido por el Dr. Mariani, se veía precisado á molestar la atención de la Academia. Que las cicatrices de la viruela son al par que una fealdad para la persona, una vergüenza para el pueblo, y que para evitar esto ha apelado, en unión del Dr. Pérez Valdés, á todos los medios conocidos, sin obtener resultado, y que siendo patente que aquellas partes del cuerpo que no están expuestas al aire ni al sol son las que quedan libres de dichas cicatrices, se deduce que el sol y el aire son las condiciones abonadas para producirlas; que para evitar el prurigo y la necesidad que por él sienten los enfermos de rascarse, se apeló al colodion, y para evitar los efectos de la luz, al negro de humo en forma de pasta extendida por toda la superficie cutánea de la cabeza, y que como esta pasta se agrietaba á los dos ó tres días, había que volver á embrocar la región, dando lugar á la descongestión de las vesículas y pápulas, consiguiéndose evitar en la mayoría de los casos la supuración que produce esos esfacelos con pérdida de substancia, habiéndose por estos procedimientos obtenido resultados ostensibles en más de 100 casos registrados.

Que en su opinión, el empleo de la luz roja en el sarampión llena indicaciones fundamentales, puesto que la luz ejerce influencia sobre la piel y el sistema nervioso, siendo racional pensar que también ha de influir en la evolución del proceso; que las temperaturas de 40° con bronquitis extensas constituyen estados que pueden considerarse graves y que, sin embargo, cedían pronto merced al tratamiento de los rayos luminosos, y que aunque no han dejado de presentarse complicaciones en algunos casos tratados por este procedimiento, no eran tan frecuentes como en los casos tratados por los medios corrientes.

Terminó manifestando que el tratamiento por la luz está siendo objeto de estudios y experimentos que permiten esperar gran adelanto en el tratamiento de las enfermedades de la piel, especialmente en las eruptivas.

El Dr. Espina: Mi intervención en este debate obedece á mis aficiones á la materia médica física y á la fotografía, que me han obligado á estudiar con algún detenimiento estos asuntos. Por tanto, no me he de ocupar de

otra cosa que de la luz roja en su materia médica, y principalmente en su coloración en el espectro, para de esto deducir las consecuencias de su acción en el tratamiento del sarampión.

Constituye el espectro de la luz dos partes muy interesantes, formadas por la parte visible por nuestra retina y la parte invisible, cuya extensión no ha sido medida todavía. La primera es muy limitada, y esta limitación depende de la imperfección de nuestro aparato visual, que percibe muy pocos colores y éstos no completamente. Para nuestro objeto, admitiremos limitada la segunda parte del espectro por los rayos infrarrojos y los ultravioletas, más bien demostrados que otros que de seguro existen, prolongando el espectro. La parte del espectro visible es desde las ondas muy cortas del rojo á las ondas muy largas del violeta.

Si de la parte visual pasamos á sus propiedades, debemos considerar también una gradación de acciones distintas, que empiezan en las caloríficas del infrarrojo y terminan en las químicas del ultravioleta. Claro es que ni el infrarrojo está totalmente desprovisto de acciones químicas, ni el ultravioleta carece de acciones caloríficas. Pero hay realmente distinción muy notable entre las acciones de lo que constituye los extremos del espectro, diferencias que aprovecha la ciencia en sus estudios.

Antes de entrar más de lleno en materia, he de leeros una nota muy curiosa referente á este asunto, recogida en el Observatorio astronómico de Madrid, y que debo á mi maestro en este asunto, Sr. Iñiguez, al que he recurrido para poder terciar en este debate.

Sobre espectroscopia.—Los principios fundamentales de la espectroscopia son los siguientes:

1.° El espectro de la luz emitida por un cuerpo sólido, líquido ó gaseoso comprimido, en estado candente, es una banda continua de colores.

2.° El espectro producido por un gas libre candente es un conjunto más ó menos numeroso de rayas brillantes separadas por espacios obscuros.

3.° Cuando la luz emitida por un cuerpo sólido, líquido ó gas comprimido, atraviesa un gas libre á temperatura inferior, el espectro es una banda brillante de colores, surcada por rayas obscuras en igual número y posición que las que daría brillantes el gas libre brillando solo.

En resumen: los cuerpos luminosos que no son gases libres, emiten luz de todas las longitudes de onda; las imágenes de la rendija del espectroscopio se tocan unas á otras y forman una banda continua de colores. Los gases libres, cuando son luminosos, emiten radiaciones de longitudes de onda en número limitado y ocasionan un número igual de imágenes separadas de la rendija del espectroscopio. Si en alguna región del espectro se suceden las radiaciones unas á otras sin interrupción, habrá en aquella región una banda continua y el espectro se compondrá de líneas y bandas. Al ser atravesado un gas libre relativamente frío por las radiaciones continuas de un cuerpo no gaseoso de temperatura más elevada, absorbe el gas las radiaciones que le son propias, y de aquí las rayas obscuras que surcan la banda continua de colores del espectro; si el espectro propio del gas tuviera, además de líneas, bandas brillantes, un espectro de absorción tendría bandas y rayas obscuras.

El principio primero se considera como absolutamente cierto, pero no

así los otros dos. Si estos principios fueran ciertos, el espectro propio y el espectro de absorción de un gas serían idénticos, sin otra diferencia que la de ser uno respecto del otro como dos pruebas fotográficas, una negativa y otra positiva del mismo objeto. Además, el espectro de un gas candente sería siempre el mismo, lo cual no ocurre, puesto que el espectro de la chispa eléctrica atravesando un gas no es en todo igual al producido por el mismo gas candente en una llama de alcohol; las líneas cambian de intensidad y de número..

El espectro ordinario del sol es una banda continua de colores surcada por rayas obscuras (espectro de Frauenhofer), lo que indica que la luz del sol procede de una masa no gaseosa y atraviesa luego una capa gaseosa (cromosfera, corona) de temperatura inferior al origen de la luz. Pero cuando en los eclipses queda la fotosfera solar cubierta por la luna y puede observarse sólo el espectro propio de la cromosfera y fotografiarlo, el resultado obtenido no es un espectro que sin discusión pueda tomarse como el inverso del espectro de Frauenhofer.

Dedúcese de esto que los gases, al ser atravesados por la luz, no sólo absorben sus radiaciones continuas, sino que las modifican de algún modo y no á todas de igual manera.

No actúan, pues, sobre un cuerpo de igual manera todas las radiaciones luminosas, puesto que no reacciona del mismo modo sobre todas ellas; luego cuando se trata de producir un efecto por medio de la luz, no basta indicar de una manera vaga qué región del espectro ha de actuar en conjunto, sino qué parte de esa región es la especialmente activa en el sentido ó con relación al fin que se trata de conseguir.

Y esto que se dice de la absorción por los gases, sucede también con la reflexión en los sólidos; así, por ejemplo, la luz reflejada por la plata pierde parte de sus radiaciones ultravioladas: han sido, por tanto, estas radiaciones absorbidas por la plata, cuyo estado han tenido que modificar de alguna manera (mecánica, térmica, etc.).

Iluminado un cuerpo por luz blanca, se nos presenta con colores especiales propios del cuerpo; estos colores son la resultante de los matices reflejados por el cuerpo; los demás matices han sido absorbidos por el mismo.

Es muy posible que nuestro organismo sea muy sensible á determinadas acciones de la luz. Se cuenta que los operarios de las fábricas de material fotográfico acusan modificaciones de carácter y otras, causadas por la acción continua de la luz roja á que trabajan. Aquí cabe una doble interpretación: tales efectos pueden ser causados directamente por la luz roja, pero también pueden ser debidos á la falta de acción de las otras radiaciones.

Nuestro organismo sufre transformaciones bien sensibles en los cambios de tiempo. Se ha achacado esto generalmente á las variaciones de la presión y de la humedad atmosféricas, pero nada menos cierto: nuestro organismo es mucho más sensible, pues se adelanta con mucho á los citados instrumentos, que, por otra parte, no siempre indican los cambios de tiempo con antelación. Quizás se hallaría una explicación más admisible de tales fenómenos fisiológicos en las modificaciones de la luz al atravesar nuestra atmósfera; el espectro de Frauenhofer no tiene solamente las rayas

negras ú obscuras correspondientes á la cromosfera (ó atmósfera) solar, sino las debidas á nuestra propia atmósfera; estas rayas, llamadas, como es bien sabido, *telúricas*, varían sensiblemente según el estado de la atmósfera, y quién sabe si la consiguiente alteración de la luz es la que exacerba los achaques de nuestro organismo y hasta se hace sensible á las personas sanas por ese estado de pereza de todos conocido.

Muchas otras interpretaciones cabría dar á estos fenómenos, y no deben omitirse al tratar de los efectos terapéuticos de la luz; pero lo que es cierto es que hay un agente cósmico, hasta ahora desconocido, que actúa con potente energía sobre nuestro organismo y debe tratarse de descubrirlo.

En los establecimientos de baños se siguen diariamente las modificaciones del viento, temperatura y presión.

Las radiaciones tanto caloríficas, como luminosas, como químicas, son muy interesantes desde el punto de vista biológico por la multitud de fenómenos que engendran y en este caso concreto que discutimos por sus aplicaciones. Merced á ellas va siendo más conocida y explicable la síntesis química de los vegetales, y no es un secreto por completo la energía asimiladora.

Vamos poco á poco estudiando las leyes de la acción fotoquímica, iguales á las demostradas como verdaderas en física, y conocemos la proporcionalidad de acción química y luminosa. Con estos trabajos coinciden los fotográficos dependientes de la fotoquímica con todo su cortejo de aplicaciones, desde la más científica á la más recreativa, y con los estudios complementarios de los reveladores, tanto de la serie orto como de la meta.

No es extraño á este estudio la acción de la luz sobre las substancias sensibles, y refiriéndonos á nuestro asunto podemos decir que la espectroscopia tiene un porvenir en medicina hoy muy confirmado en el diagnóstico, mañana en la terapéutica racional, conversión de la empírica que se inició hace muchos años en el tratamiento de algunas enfermedades.

Conocida desde la más remota antigüedad, como decía el Dr. Cortezo no hace muchos días en su discurso de apertura de este curso, figurando entre varias tribus salvajes de los australianos, que cubren con sangre de perro al que cortan el rabo, la cara de los atacados de viruela y sarampión, referida en la Geografía médica de Boudin al ocuparse de los trabajos de Stark sobre la luz en patología, todavía hay hechos de la cuna de la imprenta en Valencia que citan casos de este género que han necesitado que Finsen haga científicos y siente indicaciones para que se pongan nuevamente á la orden del día no sin que debamos olvidar los precedentes de nuestro Olavide en los años 1868 y 1869 con sus trabajos de tratamiento del lupus aplicando la luz del sol concentrada por medio de lentes. En 1878 también yo hice trabajos consignados en una Memoria elevada al Ministerio de la Gobernación, referentes á la terapéutica de la viruela por medio de la obscuridad, privando de rayos luminosos de toda clase á los variolosos con resultado tan excelente que casi fué nula la mortalidad y escasísimas las supuraciones. Corresponden también á estos hechos los de purificación de las aguas por medio de la luz, como lo demuestran el menor número de microbios del Támesis y del lago de Ginebra en los meses de verano.

No debemos olvidar en este momento los trabajos de Bizzozero respecto

á la acción de la luz sobre los glóbulos rojos y sobre todo la nefasta influencia de la noche en los enfermos en los que, como dice d'Arsonval, hay una patología de la media noche de síntomas que sólo aparecen cuando el sol está debajo del horizonte. Todo esto es un mundo nuevo que descubrir, pero con aspecto científico, con hechos de laboratorio, si queréis, marcando las etapas de los adelantos la clínica y aprovechando los hechos la terapéutica, pero en manera alguna persistiendo en los hechos aislados y sin conocer todo lo á fondo que se pueda la materia médica de estas medicaciones heróicas.

Para estos trabajos de caracter científico ya hay hechos muy convincentes, otros más obscuros, algunos muy dudosos, pero que todos ellos piden confirmación, ampliación y contraprueba. Empieza la serie los trabajos emprendidos sobre la influencia de la luz sobre el sistema nervioso y la acción de algunos colores muy especialmente. La nota que dió Lumière referente á los efectos tan contrapuestos de los colores verde y rojo en sus operarios, el primero produciendo la calma y el segundo excitándolos hasta en sus instintos genésicos, los efectos de la luz violeta para provocar un sueño tranquilo y sosegado calmando también muchos delirios, son verdaderos jalones en nuestra marcha.

La fisiología con sus trabajos, aun cuando contradictorios, muy interesantes referentes al rojo retiniano; al papel del pigmento coroidiano, las optografías, y en el rojo retiniano la función posible de absorción de la luz por el mismo, el de atenuar las radiaciones ultravioletas, el pigmento coroideo para proteger los capilares, que por rojos pudieran sufrir la acción física, todos son piedras acumuladas para la obra de la terapéutica, por la luz, pero con planos, no haciendo el edificio sin cimientos como el antiguo del que sólo queda el recuerdo.

Creo que lo dicho es suficiente para probar que no basta decir que se trata el sarampión con la luz roja, sólo así en abstracto, sino que se trate con el color rojo puro del espectro, pues tanto valdría tratar indiferentemente con una quinina impura que con otra pura y esto no es ni puede ser terapéutica racional. Para conseguir este tratamiento y estudiar sus efectos hace falta que el rojo sea el rojo rubí de una calidad tal, que no vele las placas fotográficas único que no tiene rayos blancos y, por tanto, rayos ultravioleta; pues yo creo que en este asunto se trata más de un hecho negativo positivado que de una verdadera acción positiva de los rayos rojos.

Creo que aquí lo que hacemos es suprimir la acción química de los rayos ultravioleta y si la acción es positiva se debe entonces á la excitación de los rayos rojos como caloríficos, despertando las acciones fagocitarias defensivas y haciendo una fórmula leucocitaria de defensa en esta infección, contraria en un todo á la acción que exigen las infecciones del género tífico que exigen luz, mucha luz para ser tratadas y que brotan en la obscuridad como los mohos y son hijas del presidio, del cuartel y del hospital lóbregos, húmedos y mal ventilados.

Como sólo me proponía ocupar vuestra atención con el problema de la materia médica del color rojo, no os molesto más, deseando que en esta cuestión digamos con el poeta á la hora de su muerte: *luz, mucha luz, para ver claro en estos asuntos.*

El Dr. *Codina* dice que habiendo estado durante algunos años encargado de una sala de enfermedades eruptivas en el Hospital Provincial, teniendo publicado un trabajo acerca de estas enfermedades y habiendo intervenido en la discusión de estos asuntos en el último Congreso internacional de Medicina celebrado en Madrid, se ve precisado á molestar la atención de la Academia tomando parte en este debate.

Que siente no participar de los entusiasmos del Dr. Mariani respecto al tratamiento del sarampión por la fototerapia, y que no discute lo expuesto por dicho señor, pero que teniendo otros Académicos distinto criterio en cuanto á la eficacia del expresado tratamiento, expondrá el resultado de su experiencia para contribuir por su parte á que se forme opinión respecto á tan interesante asunto.

Que según los resultados de su práctica, puede afirmar que la fototerapia no tiene, en el tratamiento del sarampión, la beneficiosa influencia que se ha dicho, habiendo llegado á este convencimiento: 1.°, por los casos en que ha empleado la fototerapia; 2.°, por los casos en que no la ha empleado; 3.°, por la característica patológica del sarampión; 4.°, por los efectos que se atribuyen á este agente terapéutico; 5.°, por la posología del mismo, y por último, por el origen de lo que podría llamarse mecanismo patogénico de la curación.

Que siente tener estas opiniones, porque se encontraría muy á gusto al lado de los Dres. Mariani, Huertas, Farinós y Benitez, que también han publicado casos de sarampión tratados por la fototerapia con buen resultado.

Que encargado, como queda dicho, de la sala de fiebres eruptivas en el Hospital Provincial, instituyó el tratamiento de la luz roja y la comparación entre los casos de sarampión tratados por este procedimiento y aquellos en que no lo empleó, le dieron el convencimiento de la ineficacia del color rojo en la terapéutica de esta enfermedad.

En corroboración de esta opinión, cita la del Dr. Monmeneu, que ha publicado una serie de casos en que tampoco ha obtenido ningún resultado con el empleo de la luz roja.

Como hecho importante para esclarecer esta cuestión clinicoterapéutica, citó lo referido por el Dr. Salas Vaca respecto á lo ocurrido en Montilla, donde al iniciarse una epidemia de sarampión, todos los médicos de la localidad se pusieron de acuerdo para tratar á los enfermos por la fototerapia, y vieron que durante la epidemia hubo casos de todas clases, como en otras epidemias no tratadas con dicho agente.

Cita después, en comprobación de sus opiniones, tres casos recientes: uno de una niña, hija de un médico de esta Corte, cuyo padecimiento comenzó con síntomas catarrales, que habiendo estado apirética durante el día, se la notaron por la noche manchas sarampionosas en la cara, siendo la temperatura de la noche 37°,5 y al día siguiente por la mañana 39° y al otro día ni tos ni temperatura anormal y la erupción había desaparecido, y si se hubiera empleado el tratamiento por la luz roja en este caso, ¿no se hubiera atribuído á la fototerapia esta rápida y favorable evolución?

El segundo caso se refiere á un niño de siete años con síntomas catarrales durante cuatro ó cinco días, temperatura de la mañana 38°, erupción

sarampionosa de cara, cuello y plano anterior del tórax; por la noche, erupción de todo el tronco y temperatura de 39°; al día siguiente por la mañana, erupción de los cuatro miembros, temperatura de 38°; por la noche no hubo recargo, y al día siguiente estaba el niño sin erupción y sin síntomas catarrales.

Como particularidades de estos dos casos, cita el Dr. Codina que, respecto al primero, le había dicho el padre de la niña que ésta ya había padecido el sarampión á los cuatro ó seis años, y en cuanto al niño, tampoco era la primera vez que le padecía.

Que el sarampión como fiebre eruptiva es de las que presentan más modalidades clínicas, como sucede también con la viruela frustrada que, presentándose á veces con fiebre de 40° y síntomas típicos, desaparece rápidamente el proceso, explicándose este hecho por una depresión orgánica debida á cualquier causa, que hace apto al individuo para contraer la viruela aunque tuviese inmunidad, pero no la bastante para evitar el ataque, y que tan pronto como despiertan las defensas orgánicas, despierta también la *inmunidad dormida* ó se aviva y decrece rápidamente la enfermedad.

Que es también característico del sarampión el que en una misma epidemia no sean todos los casos iguales.

Que la característica patológica del sarampión, como la de todos los procesos cíclicos y definidos, es bastante para justificar los buenos efectos que se atribuyen á la fototerapia ó á cualquier otra medicación, pero que descartando esta característica del proceso y estudiando los efectos que se atribuyen al agente terapéutico, no deja de llamar la atención el que Finsen y Chatinière y todos los que han contribuído á estos trabajos, como los Dres. Benitez y Farinós, estén conformes, primero, en que se abrevia la duración del proceso eruptivo, hecho que al fin y al cabo, si así fuera, sería de poca importancia, pues no puede tenerla el que la erupción, en vez de durar treinta y ocho horas, dure veinticuatro; segundo, en que desaparecen ó ceden rápidamente los síntomas catarrales, la fiebre disminuye, que abrevia el curso total del proceso, que evita complicaciones y que la descamación es menos importante, ó sea, en síntesis, que la fototerapia tiene por efecto en el sarampión el abreviar por un lado el curso del proceso y en dar, por otro, carácter de benignidad hasta en los casos graves.

Que son muchos los hechos inexplicables en medicina, y no por esto dejan de aceptarse, como ha sucedido con la quinina, que se empleaba empíricamente porque eran indudables y patentes sus buenos efectos, aunque no se sabía que esto era debido á que mataba los hematozoarios, pero que en esto de los buenos efectos que se atribuyen á la fototerapia en el sarampión, no hay nada lógico que justifique el empleo racional de este agente terapéutico, porque no se encuentra en el mismo caso la fototerapia en el sarampión que la quinina en el paludismo; que no esbozado hasta ahora el agente específico de la sífilis, no se ha dejado, sin embargo, de emplear el mercurio en esta enfermedad, por la sencilla razón de ser un hecho real la eficacia de su acción y, en cambio, no puede decirse con igual seguridad lo mismo de la fototerapia.

Respecto al origen y mecanismo patológico de este agente terapéutico, recuerda lo que ocurre en el Cáucaso, en donde las mujeres envuelven á

los niños con paños rojos, lo propio que en ciertas regiones de España, donde además, se administra el jarabe rojo de granado.

Que después de haber tratado Finsen la viruela por la obscuridad, trató de emplear los rayos rojos en la viruela y luego en el sarampión, y después de Finsen lo emplearon otros, dando por resultado una serie de casos negativos que demuestran que los rayos rojos no tienen la misma influencia en distintas manós.

Posteriormente publicó Finsen otro trabajo demostrando que dichos rayos sí tienen influencia, pero que es necesario que las cortinas de la habitación en donde se somete al tratamiento á los variolosos, tengan un espesor dado para que los rayos de ondas largas, como los ultravioletas, no puedan influir sobre los enfermos. Finsen se fundaba para afirmar esto en que de los rayos solares del espectro, los únicos que provocan el eritema solar son los rayos químicos, ultravioletas, de onda larga. Estos rayos químicos son los que influyen sobre la piel de los variolosos ó sarampionosos, sosteniendo el eritema ó la erupción, siendo, pues, eficaz su supresión sobre la piel de los enfermos.

En oposición á este aserto, el Dr. Codina pregunta qué eritema solar se manifiesta en una habitación con la luz difusa. Que si el fundamento de la fototerapia en el tratamiento de las fiebres eruptivas consiste en sustraer al enfermo de la acción de los rayos químicos, á su modo de ver, cae por su base el empleo del medio terapéutico que viene discutiéndose. Pero que si puede caer este medio terapéutico, por falta de base científica, como tratamiento del sarampión ó de la misma viruela, quizás no se le pueda negar alguna influencia por las razones de índole fisicoquímica de que había hecho mención el Dr. Espina; por lo demás, estúdiese como se quiera la cuestión, no tiene bastante consistencia dicha base científica ni la clínica para afirmar que en el tratamiento del sarampión los rayos rojos evitan las complicaciones, abrevian el curso y tienen, en síntesis, una influencia tan favorable como se pretende.

El Dr. *Tolosa Latour* interviene diciendo que se trata de una medicación inofensiva que, sin embargo, le ha dado en su práctica buenos resultados, pero que cuando el sarampión viene acompañado de complicaciones, tiene poca influencia la luz roja.

Respecto á los casos citados por el Dr. Codina de procesos sarampionosos que han desaparecido á las pocas horas de iniciarse, manifestó que él había observado muchos casos análogos.

El Dr. *Mariani* dice que el Dr. Huertas había expuesto su criterio práctico acerca del sarampión, que el Dr. Espina había traído un estudio de la luz, de interés grandísimo, y que el Dr. Codina había aportado una porción de datos muy interesantes, pero que el tercer argumento de este señor le parece un argumento falso, pues que si en Medicina se suprimiesen los agentes terapéuticos cuyos efectos no tienen hasta ahora explicación y se prescindiese de todos los medicamentos cuyo mecanismo se desconoce, tendrían que suprimirse casi todos, y que por lo tanto, este argumento no puede quitar importancia á la influencia de los rayos rojos.

Que respecto á los casos de sarampión sin fiebre que ha mencionado el Dr. Codina, son casos anómalos, y en cuanto á que este señor no haya ob-

tenido resultados por el tratamiento de la luz roja en el hospital, hay que tener en cuenta lo difícil que es en estos establecimientos el poner una sala en las condiciones en que se pone en una casa particular, y que por tanto, es natural que á pesar de la inteligencia y los buenos deseos del Dr. Codina, no pudiera realizar el tratamiento en el hospital con todas las condiciones necesarias, y que lo único que cabe hacer allí es lo que hizo el doctor Espina con los variolosos, evitar la luz, porque de otro modo, no es posible tener en el hospital una luz constante.

PERIÓDICOS

Un caso de cianosis. Muerte. — D. José Puig Deulofeu, alumno de Pediatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, publica en la *Medicina de los niños*, el caso siguiente:

«Entre las lesiones valvulares del corazón, hemos de admitir dos grupos: uno, constituído por las lesiones desarrolladas en una época más ó menos lejana del nacimiento, que se caracteriza por la insuficiencia y estrecheces, y otro, aquel en que las lesiones se presentan en el recién nacido; este grupo constituye los vicios congénitos del corazón.

El primero no es muy frecuente en la infancia; el gran contingente de enfermos de lesiones valvulares cardíacas, adquiridas, lo encontramos en la edad adulta, y á medida que nos acercamos á las últimas edades de la vida.

En el niño podemos observar con relativa frecuencia las del segundo grupo, que se hacen ostensibles en el recién nacido.

En las lesiones valvulares congénitas pasa como hecho corriente que estén atacados los orificios de la mitad derecha del corazón, mientras que en los adquiridos están afectados la mitad izquierda con sus válvulas correspondientes; esto que puede aceptarse de un modo general tiene muchas excepciones respecto de las afecciones congénitas sobre todo.

Entre las lesiones congénitas valvulares las más frecuentes son la estenosis del orificio de la arteria pulmonar y de la válvula tricúspede; en cuanto á las no valvulares, figura en primer término la persistencia del agujero de Botal, y en segundo, la permeabilidad, falta y precoz impermeabilidad del conducto arterioso. Las que dependen de alteraciones del tabique interventricular son ya más raras.

Cualquiera de estas alteraciones, constituye el cuadro sindrómico conocido con el nombre de *cianosis congénita* ó enfermedad azul, nombre que interpreta el signo más ostensible cual es el color azulado de los enfermos.

En el caso clínico que relato á continuación se trataba de la cianosis producida por la permeabilidad del conducto arterioso.

Tratábase de un niño de dieciocho meses; su padre padeció un linfoadenoma de la región infra y retromaxilar, que duró tres años y ocasionó la caquexia y muerte consiguiente; su madre, es una mujer bastante robusta y no ha sufrido ningún traumatismo, ni perturbación durante el em-

barazo del niño. Dos hermanos de doce y siete años, no presentaban nada más que linfatismo.

Descripción sintomática. — A la inspección del enfermito la coloración de su tegumento era lo principal que se observaba: un tinte azulado repartido por toda la superficie del cuerpo, su intensidad era mayor en los lóbulos de las orejas, en la nariz y principalmente en los labios y en los sitios abundantes en vasos superficiales en las extremidades digitales debajo de las uñas. Faltaba en los dedos acaso por la poca edad, el abultamiento tan característico de las últimas falanges, que les da el aspecto de palos de tambor.

El desarrollo general corpóreo estaba disminuído en todos sus órdenes, en longitud y en peso; medía 68'3 cent., y pesaba 8 kilogramos.

La percusión denotaba aumento de macicez cardíaca en el área derecha, como también ligero aumento de la misma hacia la izquierda en el segundo espacio intercostal. La auscultación permitía apreciar el segundo tono de la pulmonar aumentado de intesidad, con soplo sistólico en la misma, claramente perceptible al nivel de la cuarta vertebra dorsal, signo al que se considera de gran importancia diagnóstica.

Pulso radial pequeño y blando y temperatura media de 35°,6.

El caso, puede reconstruirse de un modo teórico de la siguiente manera.

En la vida intrauterina, la sangre que llega á la aurícula derecha del corazón pasa por el agujero de Botal, situado en la parte postero-inferior del tabique interauricular, á la aurícula izquierda; de aquí atravesando la mitral, al ventrículo correspondiente y á la aorta, pero como ésta comunica gracias al conducto arterioso con la pulmonar, se establece un cambio á través de este conducto; como el agujero de Botal y el conducto están llamados á desaparecer así que el niño tenga que vivir por su propia cuenta, al nacer se diferencian ya las funciones, respiratoria, circulatoria y digestiva para vivir la vida extrauterina y aquel agujero tan permeable en los primeros tiempos, ha de obstruirse; de su parte inferior surge una delgada lámina ó repliegue de borde superior cóncavo, con algunas fibras musculares y va avanzando hasta cerrarse por completo el orificio, una vez verificado el nacimiento.

El conducto arterial, á su vez desaparece igualmente; dilatados los pulmones y disminuída así la presión en el interior de la pulmonar, las células de la túnica interna empiezan un trabajo de proliferación que oblitera la luz del mismo; así quedan diferenciadas y separadas dos circulaciones distintas, la pequeña ó pulmonar y la general ó aórtica.

Fácil es comprender el mecanismo patológico, orígen de la coloración cianósica, que ha de seguir á la permeabilidad de aquel conducto; en cada sístole cardíaco, parte de la sangre que existe en la aorta destinada á la circulación general, refluye por el conducto arterioso á la arteria pulmonar y se mezcla la sangre de ambas procedencias, llénase con exceso el vaso, y forzosamente tiene que resultar aumento de presión con el aumento de trabajo del ventrículo derecho que acaba por dilatarse é hipertrofiarse: de aquí aquel aumento ó refuerzo del segundo tono pulmonar y macicez cardíaca aumentada á la derecha.

La terapéutica en estos casos es nula; ante una lesión de tal importan-

cia sólo debemos preocuparnos de la dietética del enfermo, procurar que sea refractario á las inclemencias del medio exterior, nutrirle lo suficiente para que al menos pueda llevar si no con ventaja, sin convenientes mayores, su afección.

En este caso se observaron con gran esmero estas precauciones y su desarrollo físico se desenvolvió relativamente bien.

Pero tres meses después de hecho este examen, la receptividad morbosa debida á un mal funcionalismo respiratorio, fué parte á que sufriera una bronquitis capilar de suyo grave en la infancia y muchísimo más en un niño con lesión cardíaca congénita. Murió el niño y su familia no consintió que se hiciera la autopsia». — SARABIA.

REVISTA EXTRÁNJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesiones de los días 27 de Junio y 4 de Julio de 1905.

Un caso de aneurisma de la tibial posterior. — El Dr. ROUTIER: Voy á dar cuenta á la Academia de un caso de aneurisma de la arteria tibial posterior, sobrevenida durante la convalecencia de la gripe, en un hombre de cuarenta y un años que estaba afectado desde hacía dos de reumatismo articular subagudo. El aneurisma ocupaba la parte media de la pantorrilla izquierda. Hice la extirpación. En el curso de la operación la arteria aferente se encontró con facilidad, pero no se pudo hallar la tibial posterior por debajo del tumor. Se hizo la ligadura de algunos vasos que sangraban y la curación se consiguió por primera intención, levantándose el enfermo al cabo de quince días, siendo la curación perfecta. Es de notar lo raro que es un aneurisma desarrollado en el curso del reumatismo, siendo seguramente debido á una embolia séptica.

Blefaroplastia por el método italiano. — El Dr. LAGRANGE: En un enfermo que tenía la cara cubierta de cicatrices consecutivas á una quemadura grave y que no le quedaba ni un solo colgajo de piel sana, rehice los dos párpados del ojo izquierdo con la piel del brazo del mismo lado, el cual fué mantenido en posición por medio de un aparato enyesado amobo-inamovible; á los diez días del acto operatorio se seccionó el pedículo y se dejó el brazo en libertad. La restauración de los dos párpados ha sido muy satisfactoria, como lo prueban las fotografías hechas veinte meses después de la operación.

De las sales fórmicas en terapéutica. — El Dr. GARRIGUE: Las dosis elevadas de estas sales, es decir, algunos centígramos agotan rápidamente el organismo, determinando una desmineralización intensa. Cinco años de

experimentos me han demostrado que los formiatos deben administrarse á dosis extraordinariamente débiles, equivalentes á 1 ó 2 milígramos de ácido fórmico. Las sales fórmicas no tienen acción electiva sobre el sistema nervioso ó sobre el sistema muscular, sino que obran especialmente sobre la sangre, elevando la tensión arterial y aumentando las funciones respiratorias, circulatorias, etc. Al contrario, las dosis elevadas disminuyen la tensión arterial y la diuresis. De todas las sales de ácido fórmico, la que se muestra más activa es el formiato de peróxido de hierro.

Amenaza colérica para Europa.—El Dr. Chantemesse: He seguido paso á paso al cólera en su marcha durante el año 1904; ha llegado el invierno, y en cada uno de sus focos, los fríos rigurosos han adormecido, pero no cortado la epidemia. Al comenzar 1905, el cólera invernaba en la Transcaspia, en la Transcaucasia, en la Anatolia y en las riberas del Volga; por consiguiente, Europa está amenazada de una invasión colérica por muchos caminos, que todos han sido ya recorridos en épocas más ó menos lejanas por las epidemias del cólera. Estos caminos han sido: primero, del Volga hacia Moscou, San Petersburgo y los puertos del Báltico; segundo, del Mar Negro hacia Odessa y la Europa central; tercero, del Mar Negro á las bocas del Danubio, Principado de los Balkanes y Europa central; y cuarto, del Mar Negro á Constantinopla y Europa del Sur y central. Sea cual fuere, por lo demás, el camino que emprenda la epidemia, el enemigo no está muy lejos de nosotros; las condiciones que le han faltado hasta hoy para emprender de nuevo su marcha, son condiciones climatológicas contra las cuales nada podemos; es de temer que nos espera una invasión colérica.

La anquilostomiasis en el Africa del Norte.—El Dr. Blanchard: Trátase de tres casos de anquilostomiasis, cuya historia nos ha sido enviada por el doctor Terrier. La importancia de estos casos estriba en que dicha enfermedad aún no había sido señalada en las regiones del Africa del Norte, probando, por otra parte, que ciertos casos de anemia atribuídos al paludismo tal vez son debidos algunas veces á la uncinariosis.

La herencia de los estigmas de degeneración y las familias reales.— El doctor Galippe: He escogido para este estudio las familias reales, porque éstas tienen archivos completos que se remontan á muchos siglos, pero no porque tengan el privilegio de la degeneración. Entre ellas he elegido la familia de los Habsbourg, por presentar un estigma fácilmente accesible á la vista y que se transmite con una constancia casi fatal, no sólo en la familia de los Habsbourg propiamente dicha, sino que también en las familias que con ella se han unido. Tal es el prognatismo inferior y las anomalías que lleva consigo: por medio de documentos iconográficos he podido seguir desde el siglo xv hasta nuestros días la transmisión hereditaria de este estigma de degeneración. Las mujeres han desempeñado un papel preponderante en la transmisión, y entre los ejemplos históricos, puede citarse el del Rey de Roma, que fué un Habsbourg, desde los puntos de vista moral y físico. Partiendo precisamente de la herencia de ciertos caracteres de la fisonomía, se puede afirmar la filiación de D. Juan de Austria, hijo natural de Carlos V, lo propio que la legitimidad de las reivindicaciones del pseudo Luis XVII Naundorff.

La lucha antidiftérica.—Los Dres. Camescasse y Poupinet: Hemos obtenido un éxito completo con las inyecciones curativas y preventivas de suero antidiftérico de Roux en el curso de una epidemia observada en Saint Arnould. Las inyecciones practicadas con objeto curativo en 29 casos indudables y en 9 dudosos y con objeto preventivo en 89 niños, han sido absolutamente eficaces. Actualmente la Administración todavía considera las inyecciones antidiftéricas exclusivamente como un procedimiento terapéutico y no como un medio de proteger la salud pública. En consecuencia, las provincias y el Estado no quieren sufragar los gastos necesarios para las vacunaciones preventivas. Sería, pues, conveniente que la Administración fuera invitada por la Academia á que considerara de un modo indiscutible las vacunaciones antidiftéricas como el mejor medio de proteger la salud pública en los casos de difteria, sustituyendo esta obligación por la de la desinfección.—Codina Castellvi.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 5 de Julio de 1905.

Tuberculosis ileocecal.—El Dr. *Routier* refirió cinco casos de tuberculosis ileocecal en los que tuvo ocasión de intervenir.

El primer caso fué referido ya á la Sociedad hace varios años. El doctor Routier se limitó á hacer una entero-anastomosis con el botón de Murphy; su operado murió poco tiempo después á consecuencia de la obstrucción del botón y de los excrementos pastosos adheridos á él.

En el segundo caso se trataba de un joven que fué operado á consecuencia de una crisis violenta que simuló una apendicitis. No se apreciaba tumefacción alguna en la fosa ilíaca derecha. Así que el Dr. Routier se sorprendió extraordinariamente cuando, al abrir el abdomen, encontró un tumor cecal durísimo, complicado con un absceso en la base del apéndice y perforado. Creyó que era peligrosa la extirpación de semejante masa y se limitó á practicar la exclusión del asa ileocecal. El enfermo murió á los pocos días.

El tercer caso se refiere á una mujer de treinta y cinco años que tenía dolores y un tumor en la fosa ilíaca derecha. El Dr. Routier diagnosticó tuberculosis ileocecal. La extirpación de las lesiones fué posible, aunque difícil, practicándose después la entero-anastomosis lateral. La enferma curó y sigue curada desde hace tres años.

El cuarto enfermo era un joven de diecisiete años que tuvo también crisis dolorosas en la fosa ilíaca derecha en forma de crisis de apendicitis, pero había un tumor cecal manifiesto y fué posible hacer el diagnóstico exacto. Resecó el asa ileocecal á la vez que media docena de ganglios mesentéricos caseificados en parte. Entero-anastomosis lateral; consecuencias operatorias complicadas por una parotiditis, una flebitis del miembro inferior y diarrea persistente. El enfermo curó al fin.

El mismo resultado obtuvo en el quinto y último caso, que recayó en un

hombre extenuadísimo, con fiebre elevada, en el que los síntomas generales y locales habían hecho diagnosticar la afección de absceso del hígado. En realidad, se trataba de una tuberculosis ileocecal con participación del apéndice y degeneración caseosa de los ganglios inmediatos. Extirpación seguida de antero-anastomosis. Curación.

El Dr. *Tufñer* discutió algunos puntos referentes á la técnica operatoria, al diagnóstico y al tratamiento de la tuberculosis ileocecal.

Respecto á la técnica, considera que el mejor modo de entero-anastomosis es la laterolateral después del magullamiento de los dos extremos del intestino con la pinza de Doyen.

Desde el punto de vista del diagnóstico de la tuberculosis ileocecal, insistió sobre las dificultades que puede haber para diagnosticarla, aun teniendo las pinzas patológicas en la mano, de las lesiones puramente inflamatorias.

Finalmente, en lo que se refiere al tratamiento, cree que es preciso siempre hacer la resección ó la anastomosis muy arriba, porque no es raro ver á las lesiones tuberculosas propagarse á gran distancia por el colon ascendente.

El Dr. *Quénu* insistió también sobre las dificultades que presenta en ciertos casos el diagnóstico diferencial entre la tuberculosis y las lesiones inflamatorias simples del asa ileocecal. En un caso en el que las lesiones presentaban á simple vista el aspecto tuberculoso, el microscopio reveló, sin embargo, que las lesiones eran puramente inflamatorias. Estos casos explican las curaciones rápidas que se observan á veces después de la resección y hasta en la simple exclusión ileocecal.

El Dr. *Walther*, en un caso de apendicitis con induración limitada á la proximidad del apéndice, creyó se trataba de una tuberculosis característica. En realidad, existía sólo algo de tiflitis crónica, según demostró el examen del apéndice extirpado y las consecuencias operatorias; la enferma curó en poco tiempo y sigue curada.

El Dr. *Chaput* dijo que había operado el 22 de junio último un enfermo que tenía una fistulilla pio-estercorácea consecutiva á una apendicectomía. El ciego estaba atrofiado y endurecido; el Dr. Chaput le resecó en unión de algunos centímetros de intestino delgado; como la sutura circular tenía que practicarse en malas condiciones, hizo la implantación lateral, no sin trabajo, á causa de la poca longitud del mesenterio. Hizo, por último, la sutura en dos planos, sustituyendo la sutura mucomucosa por una seroserosa. Dejó, finalmente, el orificio abierto por medio de un tubo de caucho, como hace Dubourg (de Burdeos). Muchas veces, en efecto, los orificios anastomosados se aglutinan por secreciones viscosas que les impiden funcionar, según ha podido apreciar por el tacto en una anastomosis ileocecal.

Gracias al tubo de caucho, el enfermo hizo una deposición al tercer día; en la actualidad puede considerarse como curado.

En la pieza patológica extirpada se observó induración de la válvula ileocecal y estrechez notable con ulceración extensa en el ciego y en el colon ascendente.

Cree el Dr. Chaput conveniente hacer una salvedad á propósito de la

invaginación recomendada por el Dr. Delbet; ha visto en el perro invaginaciones operatorias aumentar y provocar accidentes.

En la sutura circular, cuando uno de los extremos es más ancho que el otro, sus túnicas más flotantes se aplican sobre el otro extremo que se invagina automáticamente. Cuando el extremo superior es más ancho, la invaginación se produce en sentido contrario. Con los dos extremos del mismo calibre se obtiene un diafragma semilunar.

El mejor procedimiento de desembocadura intestinal es, teóricamente, la implantación lateral, porque no forma diafragma, sino una válvula perfecta, directa, que no expone á la invaginación más que la válvula ileocecal normal.

El procedimiento de invaginación Doyen no expone, como se ha dicho, á la insuficiencia de las suturas, pero es complicado y no tiene superioridad alguna sobre otros procedimientos.

Para concluir, resulta, al parecer, de la discusión precedente que pueden admitirse las siguientes formas de la tuberculosis ileocecal: ulcerosa, intestino peritoneal, hipertrófica, atrófica y esclerósica, ganglionar, valvular, con las subvariedades hipertrófica, ulcerosa y esclerósica, con lesiones de uno ó de los dos labios, la forma en placas, la forma apendicular, la forma plástica con fístula estercorácea ó pio-estercorácea.

Hundimiento nasal corregido por trasplantación de un fragmento de cartílago costal.—El Dr. *Berger* presentó dos enfermos que habían tenido la nariz en forma de silla de montar (hundimiento sifilítico del lomo de la nariz), deformación muy acentuada y que producía un efecto repulsivo. Fueron tratados por la implantación debajo del periestio del vértice y del lomo de la nariz de un fragmento de cartílago costal. El resultado obtenido fué maravilloso.

El Dr. *Chaput* hizo algunas reservas respecto al porvenir de estos enfermos: la absorción del cartílago es posible y hasta probable. Quizá hubiera sido preferible emplear un soporte metálico; en un caso de restauración nasal en el que se había aplicado un soporte de este género, éste es perfectamente tolerado por el enfermo desde hace diez años.

El Dr. *Nélaton*, que ha operado ya varios enfermos por el procedimiento que utiliza el Dr. Berger, y cuyos operados datan ya algunos de varios años, manifestó que hasta ahora no ha observado el menor indicio que haga suponer la absorción del cartílago implantado.

Tumor blanco de la rodilla. — El Dr. *Walther* presentó una joven que ingresó en su clínica hace dieciocho meses con un tumor blanco de la rodilla complicado con luxación casi completa de la tibia hacia atrás. Esta enferma curó por la simple extensión continua y la aplicación del método esclerógeno. En la actualidad el resultado es bastante satisfactorio; el proceso tuberculoso local está, al parecer, curado por completo y el estado general es excelente; la enferma anda de un modo bastante satisfactorio con una rodilla anquilosada en posición recta.

(*La Presse Medicale.* — F. Toledo.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 28 de Junio de 1905.

Formulario de las inyecciones hipodérmicas de cacodilato de sosa. — El doctor BERTHERAND: El Dr. Bardet me había llamado la atención acerca de los pequeños accidentes (dolor vivo é induración), observados después de las inyecciones hipodérmicas de cacodilato de sosa, y yo he hecho algunas experiencias para averiguar la razón de estos epifenómenos tan incómodos para el enfermo, y que pueden atribuirse á tres causas: 1.ª, naturaleza del producto y exceso de alcalinidad; 2.ª, concentración de la solución; 3.ª, diferencias en la forma de hacer la inyección.

De mis experiencias creo que puede deducirse que es un error practicar inyecciones de cacodilato con soluciones muy concentradas. No deben pasar del 5 por 100; si se quieren inyectar 10 centígramos de cacodilato de una sola vez, mejor es inyectar 2 cent. cúb. de una solución al 5 por 100, que 1 cent. cúb. de una solución al 10 por 100.

El Dr. DANLOS: Yo he hecho inyecciones á 0'10 gramos, y 0'25 gramos de cacodilato por centímetro cúbico sin provocar jamás dolor notable.

Procedimiento para dosificar la antipirina añadida fraudulentamente al piramidón.—El Dr. PATEIN: Este procedimiento consiste en tratar el producto que se ensaya por el aldeido fórmico en presencia del ácido clorhídrico. La antipirina da una combinación que se precipita por el amoníaco y se pesa. El líquido restante es tratado por el cloroformo que disuelve el piramidón y no hay más que tratarlo.

Intoxicación por los fosfatos. — El Dr. CAMESCASSE: Una de mis enfermas, de cincuenta años de edad, fué sometida al tratamiento siguiente:

Fosfato de sosa	40 gramos.
Fosfato de potasa	10 —
Agua destilada	500 —

Dos cucharadas soperas por día á las comidas.

Después de haber tomado cuatro cucharadas de esta solución, se presentó en la enferma la urticaria, que recidivaba á cada nuevo ensayo.

Dos casos de enfermedad de Addison tratadas con buen éxito por la adrenalina. — El Dr. GULBENK (de Constantinopla): Los casos de adisonianos, mejorados por la opoterapia suprarrenal no son raros en la literatura médica; las observaciones de Faisans, de Beclère y de otros por la ingestión de la glándula y los más recientes de Eidel, de Seibert y de Scœmaker, por el extracto capsular, lo demuestran.

Por nuestra parte, hemos ensayado la adrenalina en esta enfermedad; en dos enfermos hemos comprobado no solamente la desaparición completa de la astenia, de los dolores y de los vómitos, sino también una mejoría tan considerable del estado general, que podía hacer creer en una curación completa. Ahora bien, ¿cómo explicarse los fracasos tan numerosos señalados por los maestros más autorizados?

Se sabe que para los unos depende de una lesión del gran simpático, y

que, para otros, depende de una destrucción glandular ó de su suspensión funcional. Es también probable que la enfermedad de Addison no sea más que un síndrome producido separadamente por estas dos lesiones á la vez, y cuyas particularidades clínicas nos son aún desconocidas. En general, la destrucción de la glándula acarrea una degeneración de su nervio y viceversa, una lesión nerviosa es seguida de un trastorno funcional de la glándula, de suerte que el síndrome addisoniano proviene en general de dos causas á la vez (Lancereaux). Cuando es la lesión glandular la que predomina, la opoterapia es soberana; pero en el caso contrario fracasa.

Sin duda se objetará que las experiencias de Abelous y Langlòis, demuestran que es exclusivamente la glándula la que da lugar á la producción de este síndrome, pero á esto se puede responder que Abelous y Langlois no han logrado jamás producir la melanodermia y precisamente es este último síntoma el que resiste más á la opoterapia suprarrenal.

En resumen, estas dos observaciones nos demuestran que la adrenalina debe ser considerada como un coadyuvante muy precioso de la glándula suprarrenal; el tratamiento de la enfermedad de Addison, casi no es posible por esta última, sobre todo en el estado crudo, que posee una acción terapéutica mucho más activa que la adrenalina.

De la remineralización de los enfermos en estado de desnutrición.—El doctor Bardet: En un extenso trabajo que acaba de aparecer en el *Bulletin general de therapeutique*, he desarrollado las diversas consideraciones farmacológicas que permiten dirigir un tratamiento de remineralización en aquellos sujetos en que los plasmas han sido empobrecidos en sales. La presente nota resumirá las conclusiones de este trabajo basado en observaciones inéditas; es, pues, un trabajo original el que presento á la Sociedad.

Anemia, cloro-anemia, neurastenia, trastornos de constitución y trastornos de crecimiento, tales son las expresiones nosológicas generalmente empleadas cuando nos encontramos en presencia de fenómenos patológicos dependientes de un mal estado general de la nutrición. En realidad, en la mayoría de los casos, la desnutrición reconoce por causa una pérdida más ó menos considerable de células ó de parte de ellas. Toda célula puede ser considerada como formada del protoplasma y de un esqueleto mineral necesario para la fijación de la materia albuminoidea. Por tanto, para hacer recuperar las materias azoadas á un organismo, es preciso restituirle al mismo tiempo las sales minerales, á saber: las sales de potasio y de magnesia por una parte y de fósforo por otra. El músculo, el cerebro, el nervio, en una palabra, todos los tejidos más importantes contienen en mayor proporción estos elementos; el sodio y el calcio pertenecen sobre todo á los plasmas y á los huesos. Es, por otra parte, preciso tener en cuenta las necesidades que tiene el organismo de cuerpos más raros y en pequeña cantidad, pero muy importantes, tales como el hierro, el manganeso, el arsénico y el yodo.

En las condiciones ordinarias es la alimentación la que suministra al organismo todos esos elementos, pero sucede frecuentemente que á consecuencia de un proceso los fenómenos de metabolismo, es decir, los cambios se exageran, alterándose el equilibrio entre los gastos y los ingresos. En este caso es evidente que no se obtendrá nada de la simple sobrealimentación, porque siempre hay en estos casos defectos de asimilación de los materiales

alimenticios. Es, pues, preciso buscar los procedimientos capaces de hacer asimilar las sales de que está deficiente el organismo é instituir al mismo tiempo un tratamiento racional para atajar el proceso desnutritivo. Desde luego es preciso determinar bien las condiciones en que se verifican los cambios de un enfermo. Gracias á los trabajos de nuestro colega el Dr. Alberto Robin nos hallamos en situación de fijar bien estas condiciones. Un análisis relativamente sumario de la orina permite darse completa cuenta de estas circunstancias. Se sabe que los residuos del extracto urinario deben representar de 31 á 33 por 100 del extracto. Por consiguiente, toda elevación de esta proporción demuestra que existen pérdidas anormales en materias salinas.

En segundo lugar, se sabe que los residuos del extracto, si se resta la cantidad encontrada de cloruros, elemento muy variable con la alimentación, representan en potasa, magnesia, cal y azufre todos los elementos protoplasmáticos importantes, cuya relación con el residuo mineral total es de 14 á 16 por 100. Así, pues, si dicha relación se eleva, se podrá afirmar que las pérdidas en elementos celulares son más ó menos exageradas. En fin, si se hace la investigación del ácido fosfórico eliminado con relación al nitrógeno, cuya porporción es normalmente de 19 á 20 por 100, se sabrá si el fósforo eliminado corresponde á la cantidad de materia destruída y si la proporción se eleva á más de 20 por 100, se podrá decir que el organismo se empobrece en fósforo. Estas tres investigaciones son suficientes para caracterizar un estado de desmineralización, á la cual puede añadirse la relación azotúrica ó de utilización azoada del Dr. Robin, donde la proporción normal es de 81 á 85 por 100 de nitrógeno uréico contra 15 á 19 por 100 de nitrógeno total, la cual permite imponerse sobre la importancia de las combustiones albuminoideas.

Para remineralizar un organismo se pueden emplear preparaciones ricas en *combinaciones salinas orgánicas*, puesto que los compuestos minerales no se asimilan.

En estos últimos años, Springer ha demostrado las excelencias de las preparaciones de cereales. No entraré en el detalle de ellas, del que me ocupo en el trabajo que ya he publicado; recordaré solamente que los cereales contienen el fósforo en el estado de ácido orgánico utilizado en terapéutica con el nombre de lecitina y estudiado prolijamente por el Dr. Gilbert; recordaré igualmente que nuestro colega el Dr. Adrian, en 1903, trajo á la Sociedad un trabajo acerca de la composición de los extractos mixtos de cereales y que la composición salina representa por cada 100 de extracto, 4 gramos de ácido fosfórico, 1'16 gramos de potasa y 1'10 gramos de magnesia.

He comprobado que para obtener efectos notables son necesarios de 15 á 20 gramos de extracto. Esta dosis suministra más de 1 gramo de ácido fosfórico, cerca de 0'70 gramos de potasa y otro tanto de magnesia. Es la mitad del fósforo necesario é igualmente la mitad de lo que pierde un organismo en potasa y mayor cantidad de magnesia que es necesaria para la reparación. Es, pues, evidente que este refuerzo de la alimentación es considerable, sobre todo, si se sabe que la forma de las combinaciones salinas se presenta también en condiciones particularmente favorables para la asi-

milación. Creo, pues, que en todos los trastornos de la nutrición el médico no debe sólo atender á la importancia de la desnutrición nitrogenada y á la fosfaturia, porque la desmineralización general juega un papel muy importante. Y para combatir la desmineralización el mejor medio es el de recurrir á las preparaciones de plantas y especialmente á los extractos de cereales que representan los elementos minerales de los vegetales, bajo la mejor forma asimilable.

Sobre la débil toxicidad del levurargirio (núcleo proteido de mercurio).—Los Dres. Charles Patronielard y Charles Gallois: En una nota anterior el Dr. Adrian ha hecho conocer los caracteres químicos del levurargirio, núcleo proteído mercurial obtenido de levaduras de cerveza que han vivido en un mosto que contenía bicloruro de mercurio. El carácter esencial de este producto es el estado particular en que se encuentra el metal que, en efecto, está disimulado y en combinación íntima con el núcleo proteído del núcleo de células de levadura. Recordamos que los reactivos del mercurio que le descubren habitualmente en todos los compuestos salinos minerales ú orgánicos conocidos hasta aquí no ejercen ninguna acción, siendo impotentes para delatar la presencia de este metal en esta combinación orgánica que el Dr. Adrian ha llamado levurargirio.

A este carácter se debe también añadir la propiedad que posee esta combinación de estar, por así decirlo, desprovista de toxicidad, aun cuando se emplee á dosis relativamente elevadas. Este hecho resulta de toda una serie de experiencias que hemos hecho sobre animales, fundándonos en las indicaciones del Dr. Adrian. De ellas podemos deducir que el levurargirio en solución alcalina á 0'018 por 100 de mercurio metálico, es perfectamente soportada por un conejo adulto de 2 kilogramos próximamente á la dosis relativamente enorme de 40 cent. cúb. inyectada en la vena auricular, no comenzando á ser tóxico más que á la dosis de 60 cent. cúb. y no siendo mortal hasta la dosis de 80 cent. cúb. Comienza á ser mal soportada en inyección intravenosa, cuando la dosis asciende á 5 miligramos de mercurio metálico por kilogramo de animal, y á pesar de eso, esta toxicidad es muy inferior á la de la misma cantidad de metal inyectado bajo forma de combinación clorurada.

Según esto, ¿cuáles son las dosis eficaces inyectadas, por *vía hipodérmica*, á los enfermos de San Lázaro por el Dr. Julián y por sus colaboradores Stassano y Belgodere? En los casos benignos la dosis diaria ha sido de 2 á 5 cent. cúb.; en los casos más graves estos experimentadores los han elevado á 10 y 20 cent. cúb.

La inocuidad del levurargirio debe ser examinada desde otro punto de vista. Este cuerpo es, en efecto, un núcleo proteído, á pesar de que á raíz de las primeras investigaciones de Lilienfeld sobre el timo, diferentes autores han comprobado que muchos núcleos proteídos inyectados en los vasos producían la muerte por provocar la coagulación de la sangre. Las experiencias que acabamos de reasumir, donde las inyecciones intravenosas de fuertes dosis de levurargirio no han causado el menor trastorno vascular, refutan enteramente esta opinión para el caso que nos ocupa y puede justificar el temor que puedan tener los médicos de servirse de la vía intravenosa para la administración terapéutica de urgencia del levu-

rargirio. La vía habitualmente empleada por los experimentadores ha sido, hasta el presente, la simple inyección subcutánea.

CODINA CASTELLVÍ.

XXIV CONGRESO ALEMÁN DE CIRUGÍA

Celebrado en Berlín los días 26 al 30 de Abril de 1905.

(Continuación)

Osteomielitis de los huesos largos.—El Dr. *Landow* (de Wiesbaden), refiere que en una joven que se hallaba en la edad de la pubertad existía una hinchazón dolorosa en la cresta de la tibia derecha y en los extremos articulares inferiores de ambos húmeros. El dolor y la postración de fuerzas se fueron acentuando hasta el punto de hacer necesaria una intervención quirúrgica en la tibia. Al descubrir el hueso se vió que el periostio estaba engrosado y como tendinoso y de color amarillo-moreno; desprendido con la legra se encontró el hueso de color de azufre. Con el escoplo se quitó una capa, lo suficiente gruesa para que el hueso que quedaba apareciera normal. La médula ósea tenía un aspecto vítreo y un color amarillo-verdoso. Después se operaron de igual modo los extremos de los húmeros que presentaban caracteres análogos. En la médula ósea de la tibia se encontró el estafilococo dorado; en la de los húmeros, no. Es indudable que tal hallazgo tiene poca importancia desde el punto de vista etiológico. Se emprendió entonces un tratamiento específico y dió un resultado excelente. Se trataba, por lo tanto, de una afección ósea de naturaleza sifilítica, siendo de advertir que un tratamiento antisifilítico que se había emprendido anteriormente no había producido ningún resultado.

El tratamiento quirúrgico de esta clase de afecciones óseas se hace preciso cuando fracasa un tratamiento antisifilítico muy prolongado. En estas circunstancias no es raro que, como ha sucedido en el caso actual, se obtengan excelentes resultados con la intervención quirúrgica.

Nuevo modo de aplicar la venda de Esmarch. — El Dr. *Lauenstein* refiere que la parálisis vascular que no raras veces se observa después de aplicar la venda de Esmarch, se previene colocando debajo de esta venda y en la dirección de la arteria, una venda de gasa formando un rollo no demasiado grueso; de esta manera se evita una constricción innecesaria de los vasos y de los nervios.

El bálsamo del Perú, como medicamento vulnerario. — El Dr. *Schlosser* (de Insbruck) recuerda la fama que tiene de antiguo el bálsamo del Perú, como vulnerario y ensalza sus virtudes en el tratamiento de las fracturas complicadas. De los experimentos hechos por el autor, resulta que una inyección de $^1/_2$ cm^3 del medicamento en el peritoneo de un perro no produce ninguna alteración; en casos raros se presenta albuminuria ligera. Los tejidos toleran inyecciones de dosis aun mayores. En el hombre dichas dosis serían 50 á 70 cm^3 del bálsamo en inyección intraperitoneal y de 200 á 300 en la trama de los tejidos, pero en la práctica nunca se pasa del décimo de

dichas dosis. Trozos de carne colocados en bálsamo del Perú se descomponen con mucha lentitud; de aquí su uso en el arte de embalsamar. Los animales infectados con tierra de jardín sucumben todos rápidamente á consecuencia de flemones icorosos; pero si se trata directamente los puntos infectados con bálsamo del Perú se salvan algunos de dichos animales, y lo mismo sucede aunque se tarde tres horas en proceder á dicha aplicación.

También ha dado buen resultado el bálsamo del Perú en el hombre, v. gr., en las lesiones traumáticas en los magullamientos sucios. Con el bálsamo nunca sobrevienen inflamaciones, ni supuraciones graves, sino que estos procesos se mantienen en los límites exigidos por las necrosis existentes. En las fracturas complicadas del muslo no sobreviene descomposición icorosa. Con la asepsia y antisepsia no hace falta el bálsamo en las heridas quirúrgicas, pero, en cambio, es útil en el tratamiento de las heridas que se hace uno mismo y en el de las infecciones quirúrgicas infectadas. Así, v. gr., si á un animal se le hace una herida incisa y se la ensucia con bacilos carbuncosos, no sobreviene la infección cuando se emplea el bálsamo.

El efecto del bálsamo del Perú consiste en la leucocitosis intensa que provoca. Además, es medicamento que se conserva muy bien y que obra por mucho tiempo, pero hasta ahora no se sabe cuáles son sus principios activos. Se le falsifica mucho, sin que se pueda decir si el bálsamo artificial tiene la misma eficacia que el natural, pero de todas suertes los nuevos ensayos que se hagan conviene que se practiquen con bálsamo puro y de buena calidad.

La extirpación renal en la tuberculosis del riñón. — El Dr. *Rovsing* (de Copenhague), presenta una estadística muy detallada de las 112 nefrectomías que lleva hechas hasta la fecha.

Sabido es que en el tratamiento de la tuberculosis renal se manifiestan hoy las tres tendencias siguientes: 1.ª, la conservadora, fundada en la posibilidad de que la tuberculosis local se cure espontáneamente y que sólo encuentra indicada la operación en la tuberculosis que progresa rápidamente; 2.ª, la tendencia quirúrgica moderada. Los que la siguen opinan que la curación espontánea es posible, pero poco común; cuando la tuberculosis renal es circunscrita no practican más que la resección; 3.ª, la tendencia radical: es la que sigue el autor. En su concepto, una vez comprobada con seguridad la existencia de la tuberculosis, es de rigor extirpar el riñón. La curación espontánea es una eventualidad tan rara que apenas se debe contar con ella, y en cambio, con la expectación aumentan los peligros de que el proceso tuberculoso se extienda por metastasis. La resección tiene el inconveniente de que con la simple incisión no se puede apreciar con seguridad la extensión que afecta la lesión tuberculosa en el riñón. Focos que á simple vista parecen pequeños se ve á veces por medio del microscopio que están rodeados por lesiones tuberculosas muy extensas.

Una cuestión muy importante es la de hasta qué punto se modifica la indicación de intervenir con la difusión del proceso á la vejiga. En muchos casos es la lesión vesical la que pone en la pista de la renal. Los foquitos

tuberculosos que rodean las aberturas de los uréteres no contraindican la nefrectomía. En cinco de estos casos que operó el autor, después de la operación se curó espontáneamente el foquito vesical; uno de dichos enfermos hace ya diez años que ha sido operado y vive todavía. En cambio, cuando el proceso tuberculoso se ha extendido mucho por la vejiga, la nefrectomía es de resultados muy dudosos. Sin embargo, últimamente, ha variado la situación, desde que el autor emplea un procedimiento que ha resultado muy eficaz para curar la tuberculosis vesical. Consiste en inyectar en la vejiga 100 cm³ de una disolución templada y al 5 por 100 de ácido fénico, evacuándola al cabo de cinco minutos; esta operación se repite en una misma sesión las veces que sea necesario para que el líquido no salga turbio. Las sesiones serán en días alternos hasta que en el día intermedio tenga color blanco el sedimento purulento de la orina; entonces se van alejando poco á poco las sesiones, hasta que se obtenga la curación y la cistoscopia demuestre que se ha cicatrizado la lesión. Con este procedimiento se ha ampliado la indicación de la nefrectomía. De 47 casos que ha operado el autor, 29 tenían tuberculosis vesical muy desarrollada en algunos de ellos. La mortalidad fué, en los 14 casos del período anterior al 1901, de dos casos, y en los 33 del período posterior á dicha fecha de sólo un caso. Se ve, por consiguiente, que la tuberculosis vesical ya no puede considerarse como una contraindicación de la nefrectomía.

La complicación con la tuberculosis genital suscita otra dificultad. En estos casos se ha recomendado una actitud expectante; pero con una intervención enérgica se puede conseguir una curación radical y brillante. De aquí que en los casos de tuberculosis genital con albuminuria haya que investigar muy detenidamente si la afección renal es unilateral ó bilateral. En el primer caso se debe extirpar el riñón enfermo, y al mismo tiempo el testículo que esté afectado. De los casos del autor, había tuberculosis genital en un 10 por 100; uno de ellos murió de afección renal doble que no se había diagnosticado.

La cuestión previa de más importancia que hay que resolver antes de ejecutar la nefrectomía, es la relativa á la capacidad funcional del otro riñón; si se resuelve en sentido negativo, la operación está contraindicada en absoluto. Simon, el fundador de la cirugía renal, propuso en la mujer el cateterismo de los uréteres para establecer dicho diagnóstico. Yversen en 1888 practicó la talla hipogástrica en el hombre con el mismo objeto. El cistoscopio que inventó Nitze y que hicieron más manejable Casper y Albarrán, cambió la faz del asunto, pues gracias á él se hizo fácil por medio del cateterismo uretérico comprobar el estado funcional de los riñones. Quedaba, sin embargo, por resolver, una dificultad: un riñón enfermo puede segregar orina sin albuminuria y en cambio la segrega el otro riñón que tiene que encargarse de la función de los dos, después de extirpado su congénere. ¿Qué conducta se debe seguir en estos casos? Lo que procede en ellos es precisar bien la capacidad funcional de los dos riñones; pero hasta ahora no hay un método que ofrezca plena seguridad. Todos los que se han propuesto se fundan en el principio de medir la excreción de principios disueltos, lo cual trata de conseguir: *a)* por medio de la determinación cuantitativa de la urea; *b)* por la prueba del azul de metile-

no; *c*) por la crioscopia (determinación del punto de congelación de la sangre y de la orina); *d*) por la prueba de la floridzina (determinación de la cantidad de azúcar segregada cuando se ha inyectado floridzina).

El método del azul de metileno no sirve porque se ha visto que también el riñón degenerado segrega bien la materia colorante. El carmín de índigo no es más seguro para el caso. Los demás métodos son buenos, pero cada cual tiene sus aficionados; así, mientras Casper prefiere el de la floridzina, Kümmell prefiere la crioscopia.

El autor viene determinando desde 1892 la cantidad de urea segregada en todos los enfermos de riñón y ha comprobado que si dicha cantidad es la normal, el riñón posee su capacidad funcional, y en cambio no la posee cuando dicha cantidad está disminuída. A pesar de ello ha practicado la nefrectomía en 31 casos y no ha perdido más que uno de uremia. Lo mismo ha sucedido con la prueba de la floridzina; en 9 casos hizo la nefrectomía á pesar del resultado suministrado por esta prueba y se curaron 8 enfermos, muriendo uno después de la operación á consecuencia de hemorragia, y sin embargo, en este caso demostró la autopsia que el riñón estaba normal. La crioscopia se empleó en 50 casos y dió mal resultado en 5; en 6 dió 0'60 á 0'67, á pesar de la capacidad funcional y los pacientes operados sanaron. En 6 casos el punto de congelación era normal no obstante existir una afección renal bilateral y grave.

Si Casper y Kümmell han obtenido últimamente mejores resultados operatorios, no hay que atribuirlo á que se han dejado guiar por los resultados del examen funcional del riñón, puesto que también ha mejorado la estadística del autor desde el año 1901. Ningún caso de nefrectomía se le ha muerto por insuficiencia renal; los dos fallecimientos han sido debidos, el uno á la hemorragia y el otro á la septicemia.

La capacidad funcional del riñón no se determina con seguridad con ninguno de los procedimientos que se han propuesto hasta la fecha, y no hay que olvidar, por otra parte, que función disminuída no es lo mismo que disminución de capacidad funcional. Los resultados de la crioscopia de la sangre y de la orina no es raro que induzcan á error y los de la prueba de la floridzina no son más seguros. De todos los métodos, el de la determinación cuantitativa de la urea sigue siendo el mejor porque es el de ejecución más rápida, el más sencillo, el más inocente y al mismo tiempo el menos inseguro. Es, por lo tanto, el que prefiere el autor, pero sin confiar en él exclusivamente.

Para saber cuándo está indicada la nefrectomía, el autor utiliza el cateterismo uretérico y el análisis muy escrupuloso, químico y microscópico, de la orina recogida. Si de este análisis resulta que el otro riñón está sano, considera que se puede hacer la nefrectomía. Si por el contrario, en la orina del riñón supuesto sano se encuentran albúmina, glóbulos de pus y microbios, hay que renunciar á dicha operación. Mas si sólo hay albúmina sin pus ni microorganismos, sólo se trata de una albuminuria tóxica y entonces el autor extirpa el riñón enfermo para conjurar peligros.

De 8 casos, en 3 encontró bacilos tuberculosos en la orina del otro riñón y al poco tiempo se murieron los pacientes sin haber sido operados. En los otros 5 en los que no había más que albúmina en la orina del otro riñón,

pero sin pus ni bacilos, se consiguió la curación con la nefrectomía á pesar de los desfavorables resultados de la crioscopia y de la prueba de la floridzina.

Cuando hay una tuberculosis vesical muy extensa, no se puede emplear el cateterismo uretérico; en estos casos se hace necesario explorar el riñón á través de una incisión lumbar como se hizo en una enferma de treinta y cuatro años que se quejaba de dolores en la región renal derecha y en la que había cistitis violenta, pus y bacilos tuberculosos en la orina y tuberculosis extensa en la vejiga. La palpación demostró que estaba aumentado de volumen el riñón derecho, pero no el izquierdo. Después de practicada una incisión lumbar bilateral, se examinaron los riñones y se vió que el derecho estaba aumentado de volumen, pero sano, y en cambio el izquierdo estaba enfermo. Entonces se extirpó éste y la enferma se curó.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

(*Continuará*).

PERIÓDICOS

Pulso venoso positivo en los anémicos.—El Dr. v. Leube de Wurzburg, manifestó en el último Congreso alemán de Medicina interna, que el pulso venoso positivo que se observa á veces en los anémicos, es debido á una insuficiencia tricúspide relativa, probablemente de origen funcional. En los casos en que es demostrable directamente semejante insuficiencia, existe según el autor una insuficiencia latente de dicha válvula. Por lo regular se encuentra un ensanchamiento del corazón á la derecha, un ruído sistólico á la derecha del esternón y un colapso venoso diastólico.

(*Zentralblatt für innere Medizin*).—R. DEL VALLE.

Génesis y naturaleza de la gota.—De la presencia de un exceso de glucocola en la orina de los gotosos deduce el Dr. Kionka: 1.°, que el fermento que en el individuo no gotoso destruye en el hígado la glucocola y la transforma en urea no existe; 2.°, que la sangre y los humores contienen glucocola. La presencia de ésta en un líquido dificulta la solubilidad de dicho ácido. La localización de los depósitos uráticos se explica por el hecho que el tejido conjúntivo y el cartilago, sometidos á un traumatismo, producen glucocola que, en el predispuesto á la gota, provoca la acumulación de uratos insuficientemente disueltos en el sitio en que se encuentra la glucocola.

Estos conceptos patogénicos explican la eficacia de los remedios antigotosos. Las aplicaciones locales, frías y calientes, los tónicos irritantes influyen sobre la circulación local, pero el fracaso frecuente de estos tratamientos debidos, quizá á que el aflujo sanguíneo produce una cantidad de glucocola superior á la eliminada por la corriente centrípita. Entre los remedios internos algunos se prescriben con objeto de disolver el ácido úrico

de la sangre y de los tejidos : este objeto es difícil al parecer de obtenerse y los remedios son susceptibles á lo sumo de disolver el ácido úrico al ser eliminado por el riñón. La colchicina, el ácido quínico y los salicilatos poseen una acción específica debida á su influencia sobre las funciones hepáticas : el ácido quínico y los salicilatos son colagogos enérgicos y una serie de investigaciones, practicadas por el Dr. Frey á instancias del Dr. Kionka, han demostrado que la colchicina produce efectos idénticos por su acción estimulante sobre las funciones hepáticas. Las aguas purgantes obran, sin duda, sobre la gota por el mismo mecanismo. Del mismo modo pueden explicarse los resultados obtenidos en la gota por la administración del ácido clorhídrico á altas dosis, porque este ácido, al llegar al duodeno, es un excitante enérgico de la secreción biliar. El ácido benzoico, que se forma del ácido quínico á su llegada al intestino y el salicílico, se eliminan combinados con la glucocola : el ácido benzoico se encuentra en la orina en estado de ácido hipúrico. La glucocola fija así, no puede ejercer su acción deletérea sobre la solubilidad del ácido úrico.

(*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*).—F. Toledo.

Influencia de la temperatura ambiente en la eliminación del azúcar. — En el último Congreso alemán de Medicina refirió el Dr. Lüthje, de Tubinga, que en los perros que se han vuelto diabéticos graves por haberles extirpado el páncreas, la secreción de azúcar es mucho menor cuando la temperatura ambiente es elevada que no cuando es baja, sin que, en cambio variara ó muy poco la eliminación del nitrógeno. Acaso convenga tener en cuenta estos datos en el tratamiento de la diabetes azucarada.

El Dr. Klemperer, de Berlín, manifestó con este motivo que los diabéticos graves toleran mucho peor la cura de Carlsbad en invierno que en verano, explicándose también por los experimentos del preopinante la acción favorable del calor de la cama y del alcohol en los casos graves.

Por su parte manifestó el Dr. Embden que los perros que se mantienen en una temperatura ambiente muy elevada, eliminan muy poco azúcar y que si se operan dos perros de igual talla al mismo tiempo, y se los mantiene en ayunas y á la misma temperatura ambiente, eliminan diariamente igual cantidad de azúcar.—(*Zentralblatt für innere Medizin*).—R. del Valle.

Los rayos X y la resistencia á los gérmenes patógenos.—De las investigaciones experimentales realizadas por el Dr. Carlos Quadrone, de Turin, resulta que bajo la acción de los rayos X se presenta un aumento de la citasa hemolítica, y que los animales expuestos á dichos rayos resisten mucho mejor que los animales no preparados á la acción de ciertos gérmenes patógenos.

Los experimentos se hicieron con el bacilo de Eberth y el diplococo en el conejillo de Indias y con el diplococo y el tetrágeno en el ratón.

(*Zentralblatt für innere Medizin*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

INCURABILIDAD DEL OZENA

(NOTA CLINICA IMPRESIONISTA)

POR EL

DR. D. FRANCISCO RUEDA

Director de la Consulta oto-rino-laringológica del Hospital de la Princesa.

Hoy, en que la fiebre de investigación corre parejas con el afán de la notoriedad, no es de extrañar que el desfile de novedades sea tan considerable, que apenas si dentro de la esfera de acción de una especialidad, existe tiempo hábil para enterarse de las publicaciones correspondientes. El libro, la monografía y la prensa difunden con tal rapidez el hecho más sencillo que, ejerciendo considerable poder de sugestión sobre la masa, difícilmente la razón serèna llega á sustraerse á la influencia de esa imposición casi mecánica. Parece como, si olvidados los principios fundamentales de la ciencia, hubiéramos realizado prodigioso salto atrás, para encontrarnos donde hace un siglo nos hallábamos, es decir, en el dominio de lo milagroso y de lo científicamente inexplicable. como no fuera acudiendo á especiosas y fantásticas teorías casi siempre caprichosas.

Este exordio, un poco alarmante, encuentra su justificación en el espíritu que me guía al emprender la publicación del presente trabajo, en el que, cual moraleja de cuento, condeno los excesos de la especialización médica que, apartándose de la estricta vía científica y los principios fundamentales de la anatomía y fisiología patológicas, establece conclusiones terapéuticas en las que los órganos llegan á ser considerados cual si fueran de gutapercha.

La especialidad oto-rino-laringológica es, seguramente, una de

las en que con mayor exceso se viene practicando semejante sistema, así que, no es de extrañar, que al lado de algunas brillantes conquistas de los dos últimos decenios, hayamos visto desfilar numerosos procedimientos terapéuticos introducidos con el reclamo de la prensa, aceptados sin reflexión por la masa y caídos pronto en el descrédito por su ineficacia, prueba de su irracionalidad.

Estas últimas líneas son muy aplicables al tema que vamos á desarrollar; pues desde hace veinte años en que comencé á deletrear esta especialidad, he visto desfilar tal número de enérgicos y decididos métodos de curación del ozena, sin alcanzar á ver un enfermo curado, que me parece llegada la hora de declarar, por una vez siquiera, *que el ozena, la rinitis atrófica fétida ó no fétida, es un padecimiento incurable.*

El concepto que de la incurabilidad de esta dolencia hemos formado, no se desprende de la esterilidad de los loables esfuerzos hasta la fecha realizados, pues que lo mismo podía decirse del cáncer y, sin embargo, estoy convencido de su curabilidad, sino del conocimiento mismo de la esencia de la enfermedad y de las nociones etiológica, patogénica y anatomo-patológica que, á la fecha, son lo bastante claras para que el práctico, inspirado por los principios de la ciencia llegue á comprender, de un lado, la dificultad de contrarrestar la influencia de las causas en acción, y de otro lado, la imposibilidad de remediar los estragos originados en las fosas nasales por el padecimiento en cuestión. Con decir, que consideramos al ozena cual lesión de origen neurotrófico y con recordar que nadie puede dejar de admitir que se trata de una atrofia, habríamos demostrado la finalidad de este trabajo. Pero el asunto merece mayores aclaraciones.

Concepto etiológico y patogénico. — Por no detenerse á examinar con la solicitud que merece esta cuestión, es por lo que los prácticos incurren en errores de gran calibre al instituir bases de tratamiento. También es verdad que en este capítulo reina tal anarquía, que cada uno se considera con derecho para formar escuela, de modo tal que nos encontramos al estudiar las teorías patogénicas emitidas, desde las más cándidas y triviales hasta las más sugestivas por el carácter de rigurosa precisión científica que revisten. Vamos á examinar las circunstancias en que el ozena aparece para poder valorar el alcance de ciertos juicios.

¿Es enfermedad propia de las fosas nasales? Esta primera cuestión previa merece ser considerada, pues añade un argumento de

fuerza en pro de la opinión clínica que mantengo. Sin detenernos á especificar el modo y alcance de las lesiones, dejamos sentado *que el ozena no es una enfermedad de la pituitaria*, mucosa en la que es verdad, aparecen de ordinario las manifestaciones más sasalientes del proceso, que tan sólo representa un eslabón de la cadena, cuya totalidad todavía no alcanzamos, aunque, sin embargo, abarca hasta el sistema óseo y el nervioso, comprendiendo órganos que, como el oído, la faringe y el conducto laríngeo traqueal, son interesados en grados diversos en la mayoría de los ozenosos; además desde el punto de vista clínico, puede afirmarse que no existen en muchos casos manifestaciones constitutivas de dolencia en estos órganos, al menos desde el punto de vista patológico que es el interesante para la finalidad que nos proponemos.

¡Cuánta patología existe que no aparece con ruído en el teatro clínico!

Es evidente que, con frecuencia suma, somos consultados por padecimientos auriculares cuyo diagnóstico hacemos oscilar entre la otoesclerosis y la otitis crónica seca, que examinando al paciente le encontramos afectado de una rinitis atrófica, teniendo que declararnos impotentes para combatir las lesiones auriculares. Este mismo fenómeno ocurre si consideramos el número extraordinario de faringitis atrófica en las que existe la misma coincidencia; pudiendo decir lo propio de aquellos pacientes que á consecuencia de un enfriamiento son afectados de laringotraqueitis de marcha especial y carácter clínico, siempre el mismo en todas las recaídas cuya nota dominante está en la sequedad persistente de la mucosa y la adherencia extrema del escaso producto segregado.

En todos estos pacientes si examinamos las fosas nasales, encontramos los signos manifiestos del ozena aunque tan sólo sea en mínimo grado. Y digo en mínimo grado, porque para la finalidad de mi propósito, importa mucho considerar como ozenoso no solamente al que se nos presenta con una atrofia completa de la mayor parte de la mucosa nasal con acumulación de costras fétidas y considerables lesiones óseas del esqueleto de la naríz sino también al que, teniendo leves manifestaciones de parte de la pituitaria, ofrece sin embargo, aquellas otras cualidades tenidas como accesorias que, sin embargo, constituyen á modo de estigmas propios de la organización del ozenoso.

Hablo de la organización del ozenoso y de estigmas, porque en realidad creo que ambas cosas existen, siendo en esto, no el autor

de un descubrimiento que según el concepto de Schopenhauer debe conocer una verdad en todos sus fundamentos, consecuencias, alcance é importancia, sino un representante de ese presentimiento que, según el mismo filósofo, precede á la mayor parte de las grandes verdades.

Para convencernos de que efectivamente existe un tipo ozenoso, basta recordar á los rinólogos y médicos que hayan tenido ocasión de tratar gran número, la frecuencia con que al ver penetrar un enfermo por la puerta, nace en su mente la idea de que viene á consultarle por la nariz y por ozena precisamente. Al circular por la calle, en el trato social, nos asalta frecuentemente la idea de que á tal persona que estamos viendo *debe olerla la nariz*. Es verdad que frecuentemente sufrimos un error, pero si no consulta por olor de la nariz, lo hace por una sordera, por una faringitis seca, por afonías recidivantes y el examen de sus fosas nasales revela una disposición anatómica que recuerda la del ozena á la manera como el color rosa recuerda al rojo.

Otro hecho comprobante de nuestra afirmación es el siguiente: Somos consultados por el ozena declarado de un adolescente al que acompaña su madre y hermanos, y al examen rinoscópico encontramos el cuadro completo de la rinitis atrófica fétida; pero no salen de la habitación sin que todos hayan consultado por alguna pequeñez de la nariz, de la garganta ó de los oídos, sorprendiéndonos: primeramente, la semejanza de estructura facial, que nos recuerda la de todos los ozenosos, y luego, en el examen de las mucosas, la iniciación en muchos puntos del verdadero proceso atrófico, y en otros la atrofia manifiesta, terminando por mandar irrigaciones nasales á toda la familia, que si no es ozenosa toda, al menos tiene algo parecido, habiendo yo quedado muchas veces con la idea de que la madre ocultaba su propia fetidez con cuidados higiénicos sostenidos y por razones sociales fáciles de comprender.

Es verdad que esta impresión superficial no es bastante para comprobación de nuestro aserto, pero por lo menos, deja sentado un hecho: el de que, al lado de esós casos por todos reconocidos, en los que varios hermanos son afectados de ozena típico, existen otros en que, ofreciendo uno el cuadro completo de la rinitis atrófica, tienen los demás tal manera de ser, que quedamos asombrados no sean ozenosos, y no sólo se da el fenómeno entre hermanos, sino entre madre é hijos.

¿Y por qué mencionamos particularmente á la madre?

Esta pregunta está relacionada con un hecho de valor culminante en la historia de la rinitis atrófica, es decir, el predominio incontestable que tiene en el sexo femenino ; la mayoría de los ozenosos son mujeres, fenómeno cuyo valor no alcanzo, pero que tiene sin duda una importancia extraordinaria dentro del terreno que tratamos y que debe despertar la iniciativa de los investigadores.

Me considero incapaz en este momento para trazar el tipo ozenoso cual si fuera su retrato, dado que mis observaciones son realizadas al correr de la práctica y sin una mira encaminada á la demostración, por lo que, apoyándome en impresiones superficiales, bosquejo solamente será mi pintura, proponiéndome estudiar este punto con especial interés en las observaciones clínicas que en lo sucesivo puedan ocurrir.

La facies del ozenoso parece más cerca de la platirrinia que de la leptorrinia ; parece proñata, y aunque esto no sea rigurosamente exacto, es tal la disposicion de los huesos de la cara, que parece perdida la armonía de la forma. Los huesos propios de la nariz han adquirido un desarrollo escaso y aparecen deprimidos, con lo que, resultando relativamente prominente el lóbulo nasal, resulta la nariz chata. Por efecto de esto, sin duda, parece más grande transversalmente la fosa orbitaria y los pómulos más salientes.

El plano de la cara externa de la apófisis alveolar del maxilar superior no es vertical, sino oblícuo hacia afuera, con lo que los dientes tienen tendencia á ser procidentes.

Por efecto de estas modalidades, la cara parece aplastada y ancha y la mandíbula inferior resalta en el cuadro.

Examinando la boca, encontramos la bóveda palatina ancha y aplanada, con un desarrollo amigdaliano escaso, velo palatino delgado, poco musculoso y pálido, una faringe de gran capacidad, así como un nasofarinx amplísimo, siendo de gran facilidad en estos sujetos así el examen laringoscópico, como la rinoscopia posterior. La mucosa faríngea es seca y parece responder poco al reflejismo provocado.

El color de la piel es pálido y la contextura general del ozenoso es la del individuo débil y poco musculoso, su mirada átona y su voz de timbre obscuro y velado llega con facilidad á la afonía al menor enfriamiento, aun con lesiones mínimas de la laringe.

Ningún ozenoso me ha parecido de imaginación brillante ni de clara inteligencia, resultando indudablemente con grados inferiores bajo este aspecto. Organismos de vitalidad deficiente, será cu-

rioso averiguar su término natural, pues afirmaría, sin gran temor de equivocarme, que su vida no es larga, pues pasada la edad adulta, no es frecuente encontrar ozenosos ni en la práctica ni en el trato social. Si buscamos ozenosos que se aparten del tipo trazado, es claro que los encontraremos, pero casi siempre recuerdan en algunos detalles lo que llevamos apuntado.

Donde se nota clara esta verdad es en el ozena que podemos llamar de familia, en el que, al lado de una joven adolescente con todos los atributos pintados, que se nos presenta con la fealdad é inferioridad orgánica, que la hace casi una vergüenza de la casa, aparece á modo de escala de tonos en degradación, hasta el tipo de una niña hermosa, pero que, sin embargo, si examinamos con cuidado su sistema óseo, le encontramos de escaso desarrollo en la armazón de la nariz, resultando con una fosa nasal amplia por efecto del desarrollo insuficiente de los cornetes y de escaso desenvolvimiento de las masas esponjosas etmoidales. De modo que podemos concluir que, al lado del ozenoso tipo con todos sus atributos, existe otro tipo en el que se revelan indicios del ozenoso. Pues bien, estos indicios, estas señales son las que, en mi concepto, constituyen los estigmas, que yo no hago más que delatar, y que la observación posterior irá clasificando con precisión.

Pasando examen á todas las circunstancias etiológicas que aparecen señaladas para la rinitis atrófica, no encontramos sino hechos sin importancia y que, como las profesiones, la existencia de corizas anteriores, la de una rinitis hipertrófica preexistente al período atrófico, etc., no tienen una significación determinada, pero, sin embargo, hay tres circunstancias que obligan á pensar, y son las siguientes : 1.ª El predominio evidente con que se manifiesta en el sexo femenino, lo que no se realizará tan exageradamente como piensa Voltolini, pero que seguramente se le puede considerar en una proporción de 3 por 1 con respecto al sexo masculino ; 2.ª, la máxima frecuencia que ofrece en la edad de la pubertad, siendo tan rara su aparición después de los treinta años, que Mackenzie, en veinte años de práctica, la encontró solamente cinco veces, y Felix Semon tan sólo una vez ; 3.ª, la existencia indudable del ozena familiar con los atributos que hemos señalado en líneas anteriores. Al discurrir sobre estos tres hechos, es claro que no pretendemos darles una significación matemática, faltándonos, sobre todo, los datos concretos que serían necesarios para fundamentar una demostración, pero nos parece indudable que solamente en una

razón de organogenia pueda encontrarse el motivo verdadero, y de ninguna manera en las circunstancias banales comunmente incriminadas.

Que al lado de la condición de sexualidad existen aparejadas cualidades orgánicas diferentes, lo tenemos demostrado por hechos numerosos de la fisiología y la patología, siendo el histerismo un caso bien evidente de esta distinta modalidad que nos demuestra un neurotrofismo peculiar en cada sexo. No iremos á suponer que pudiera existir alguna correspondencia nerviosa entre los centros de erectilidad sexual y los de erectilidad también de la mucosa pituitaria, lo que después de todo está demostrado por muchos hechos de la fisiopatología, y que pudieran ser de mucha mayor conexión en la mujer que en el hombre, ni pretendemos demostrar que los centros neurotróficos del aparato genital y de la mucosa y esqueleto de las vías aéreas superiores pudieran tener una conexión de intensidad diferente en ambos sexos, pero sí nos atrevemos á llamar la atención sobre la frecuencia con que la mujer ozenosa es leucorréica, y también la no escasa cantidad de abortos que en ella pueden notarse, así como la circunstancia de ser muy estériles. Es verdad que estas circunstancias de la vida de su aparato genital pudieran muy bien, por un procedimiento elástico, ser atribuídas á las modificaciones impresas por el ozena sobre la crasis sanguínea, como también á una supuesta intoxicación específica consecutiva á la vida parasitaria de la pituitaria, pero debemos afirmar que las positivas modificaciones hemáticas encontradas en el ozenoso no deben ser consideradas sino como algo preexistente á la atrofia de la pituitaria y á la germinación de cualquiera de los microbios incriminados.

¿Qué circunstancia puede existir, dentro de las causas comunes de enfermedad, que venga á ejercer mayor influencia sobre el sexo femenino? La verdad es que no presumimos siquiera á cuál se pudiera inculpar, razón de orden negativo que obliga á caminar en otro sentido, que por fuerza tiene que residir en el medio interno. Dentro de la doctrina parasitaria del ozena, ¿podemos encontrar la explicación del predominio sobre la mujer? Aun suponiendo indiscutible el origen microbiano del ozena y su posible contagiosidad, tendríamos que convenir en que las condiciones de transmisibilidad se darían con mayor frecuencia en individuos de sexo opuesto y tendría lugar frecuentísimo el ozena matrimonial, lo que en verdad no sucede.

Hemos señalado la edad de la pubertad como la más apta para la presentación de las manifestaciones ostensibles del ozena, y esto, en nuestro concepto, no expresa una verdad absoluta comprendida de este modo, siendo evidente, sin embargo, si se la considera como la época en que habiendo acabado su evolución el proceso trófico de la pituitaria, pasa, por efecto de la desaparición de sus defensas, á ser terreno abonado para la germinación parasitaria. Quiero con esto significar que la lesión nasal propia del ozena es embriogénica, y que después del nacimiento evoluciona con un ciclo determinado, cuyo final puede ser cualquiera edad antes de los treinta años, pero que comunmente se nota hacia la pubertad.

La prueba indirecta de lo que apuntamos está en que jamás pueden precisar, la familia ni el sujeto enfermo, el momento preciso en que comenzó el ozena, y nótase que cuando señala alguien una fecha determinada, no faltan contradictores entre los inmediatos al paciente, pudiendo convencernos que la época fijada es caprichosa.

Al considerar el ozena familiar, es claro que aparecen frente á frente las dos grandes cuestiones de la patología, la contagiosidad y la herencia, encontrándose como para la tuberculosis razones abonadas en uno y otro sentido.

La resolución de este problema en la cuestión presente, allanaría considerablemente todas las dificultades; la demostración de la contagiosidad dentro de la familia, sería prueba del origen parasitario; la demostración de la herencia nos convencería á todos de su origen neurotrófico, aceptando este concepto en el sentido más lato que la ciencia pueda prestar (1).

(1) Muchos de mis lectores recordarán algún caso de la práctica interesante bajo este concepto. Yo relataré el que he encontrado de mayor interés. Allá en mi infancia, conocí un matrimonio cuya mujer era tachada de tener mal olor de nariz, y que era madre de varios hijos, de los que tres eran ozenosos seguramente, pues he tenido en mi práctica médica la ocasión de examinarles la nariz. Una hija debió permanecer libre de la dolencia, pues la he conocido durante mucho tiempo en círculo estrecho sin haber sido tachada de oler mal; pero la forma de su nariz, aunque más bella, recordaba notablemente á la característica ozenosa de sus hermanos. Tenían una prima hermana que siempre la conocí con mal olor y con la nariz característica, y que murió de alguna enfermedad consuntiva hacia los veinte años.

De los tres hermanos ozenosos, una ha sido esteril, otra ha tenido un hijo que me han presentado á consulta para ser tratado del mal olor de la nariz, y el otro, de sexo masculino, me ha presentado en consulta á su hijo para ser tratado de un padecimiento nasal que le da escama, pues dice que le

Dando por establecidas las nociones precisas para fundamentar nuestra demostración de la incurabilidad del ozena, pasaremos á examinar brevemente su anatomía patológica y las teorías ideadas para explicar su producción, volviendo luego sobre nuestro concepto patogénico, que ya de esta manera resulta más apoyado en los datos positivos que la ciencia registra, y en la completa insuficiencia que se descubre en todas las interpretaciones dadas hasta la fecha; suplicando al lector disculpe este aparente desorden nada didáctico, por ser éste un trabajo encaminado al exclusivo fin de probar la inutilidad de todos los tratamientos curativos y sustraer esta dolencia del campo del empirismo terapéutico.

¿Qué nos dice la anatomía patológica sobre esta dolencia? Todos los autores aparecen conformes en este punto; trátase de un estado atrófico de la pituitaria en las diferentes fases de su evolución, según sea el período en que se examine, hasta el punto que existen con frecuencia zonas que ofrecen un aspecto contrario, donde la mucosa se presenta hinchada, infiltrada, blanda, dando sangre al menor contacto, pudiendo convencernos fácilmente que el hueso sobre que descansa ofrece más bien una disminución de volumen, lo que no está muy conforme con la teoría que hace depender la atrofia ósea de la previa de la mucosa.

Las zonas atróficas, aunque pudiendo extenderse á regiones diferentes, ofrecen de ordinario su mayor desarrollo en los cornetes inferiores, por más que puede extenderse á toda la fosa nasal, y yo he tenido un caso en el que, no existiendo casi vestigios ni de cornete inferior ni del medio, se podía inspeccionar perfectamente la entrada del seno maxilar, el *ostium* esfenoidal y la entrada de la trompa de Eustaquio, alcanzando á verse toda la extensión de la lámina cribosa del etmoides.

han notado olor alguna vez, aunque yo al examen no he visto nada característico y sí sólo ligeras apariencias de atrofias parciales en la mucosa.

Pero lo curioso es que de la hermana que fué siempre considerada como exenta del mal olor, he visto y tratado últimamente una hija de veinte años, con una cara casi bella, pero con uno de los ozenas más enormes que he visto en mi práctica, y, cosa curiosa también, he visto un niño de dos años nieto de ella y procedente de otra hija no ozenosa, al que he extirpado vegetaciones adenoideas, y del que sus padres dicen que de cuando en cuando arroja tapones de moco que huelen muy mal, no encontrándose todavía señales de atrofia en la mucosa, pero sí una notable pequeñez de los propios de la nariz y una tendencia marcada á la forma chata.

Conozco de vista algunos miembros de la familia más lejanos, presentando algunos los mismos caracteres exteriores de la nariz, más una porción de signos degenerativos que no debo analizar por no ser pesado.

No se limita esta atrofia de la mucosa á la extensión de las fosas nasales, sino que, en ocasiones, alcanza á la nasofaringe y mucosa faríngea, así como también á la laringotraqueal, donde en conjunción con las costras fétidas nasales, se presentan también costras adherentes de idéntico aspecto y en tal cantidad, que en algún caso parecía reclamar la estenosis subsiguiente, una traqueotomía inmediata; pero, y esta es circunstancia de valor para juzgar del mérito de la teoría parasitaria, sin ofrecer los caracteres de fetidez propia de la secreción nasal.

Sin duda que también las lesiones de la mucosa se extienden por la trompa hasta el oído medio, y por el conducto nasal hasta el saco lagrimal, cuando vemos la frecuencia de lesiones auriculares y de las vías lagrimales coexistiendo con los del ozena; pero no conociendo estudios histológicos ni bacteriológicos precisos dentro de este terreno, no podemos darle al hecho otro valor que el de un simple concepto clínico.

La mucosa atrofiada hasta el extremo de quedar perfecto los menores relieves óseos, está como infiltrada de células redondas en degeneración granulograsosa, y su epitelio, que en estado fisiológico es cilíndrico y vibrátil, se convierte en plano y estratificado y cornificado en la superficie, ofreciendo á trozos el aspecto de chapas leucoplásicas. Las glándulas así arracimadas cómo tubulares, han desaparecido en grados diferentes, lo mismo que también se provovoca la ruína de las células olfatorias, y consiguientemente la desaparición del olfato. Con los progresos del padecimiento, desaparecen las células redondas propias del estado flojístico, quedando sólo el tejido conjuntivo, que todo lo llena, ofreciendo ya esta mucosa más bien el aspecto de una serosa.

Pero el hecho de valor que demuestra no ser el ozena ni enfermedad parasitaria ni una flojística propia de la mucosa de Schneider, es el de la atrofia evidente de las estructuras óseas que comprende la armazón de las fosas nasales, conformándonos por el momento con admitir esta limitación, que si se llevase más lejos la investigación, tenemos el presentimiento de que se encontrarían modificaciones en el esqueleto craneal, sin relación con las fosas nasales.

Los huesos propios de la nariz, más cortos y estrechos, vienen á unirse en la línea media bajo un ángulo más obtuso del necesario para la formación de una línea dorsal conveniente, de donde resulta la característica nariz chata, que en todos los países y razas

estudiadas viene á ser especie de estigma del ozena. Los cornetes inferiores, más cortos, de menor altura, más delgados, atravesados á veces de lagunas óseas, de bordes carcomidos, llegan en ciertos casos á ser constituídos exclúsivamente por una simple arista. Idéntico fenómeno se realiza con el cornete medioque, reducido á mínima expresión, deja amplia rima olfatoria, por la que inspeccionamos con toda libertad la entrada del seno esfenoidal. Existe, además, en este terreno un hecho que tiene significación, porque aparta la imaginación de la pared externa de la fosa nasal, donde por hábito sin duda nos dirigimos siempre, y es el acortamiento del tabique correspondiente á un estado atrófico del vomer, según han demostrado las numerosas mediciones de Hofmann.

De todas estas atrofias es de donde resulta la extraordinaria capacidad de las fosas nasales del ozenoso y también los diámetros enormes de su nasofaringe.

Del estudio de la secreción característica del ozena, que llega á constituir agrupaciones de masas costrosas enormes y horriblemente fétidas, pero con una fetidez *sui generis* incomparable, capaz de ocasionar en el observador palidez facial, náuseas, salivación y sensación vertiginosa, se desprenden algunas nociones respecto á lo que puede ser considerado como primario y lo que debe ser tenido como posterior en la evolución de los fenómenos.

Investigaciones que E. Fränkel realizó el año 1882, y que son de comprobación diaria en la clínica, demuestran que la secreción del ozena extraída en las dos primeras horas de su producción es clara, de reacción neutra y nada fétida, para ser más tarde, á las cuatro y á las seis horas, turbia, amarillenta, de aspecto purulento, de reacción alcalina, fuertemente fétida y abundante en microbios. Ya entonces el mismo E. Fränkel hizo inútiles ensayos para realizar la transmisión por inoculación al perro, y probó, por la inyección de materiales en la cámara anterior del ojo, la escasa septicidad de la secreción obtenida en las dos primeras horas y el gran poder de infección de la correspondiente á la cuarta y sexta hora.

En las acumulaciones costrosas del ozena es donde se han estudiado por autores diferentes los parásitos que vienen siendo incriminados como causantes del padecimiento, sin que debamos hacer mención, aunque sólo por la sugestiva resonancia que alcanzaron, más que del bacilo descrito por Löwenberg y del famoso *bacillus mucosus* descrito por Abel en 1893, que sería el causante así de las lesiones atróficas, como de la fetidez, por más que ni resulta ino-

culable, ni la secreción reciente es fétida, ni los cultivos desprenden olor alguno, siendo un hecho digno de ser tenido en cuenta que el microbio en cuestión, cualquiera que fuese, no se encuentra en la trama del tejido de la pituitaria y sí tan sólo en el producto secretorio acumulado en la superficie.

Si detrás de esto examinamos las teorías patogénicas, nos encontramos con un verdadero caos en que sin duda el capricho ha imperado, pues que ninguno vió más que un lado del problema, y se procedió despreciando los datos de valor que la clínica corriente y vulgar pone de manifiesto, sin comprender que para fundamentar algo sólido hacía falta un estudio más completo é intencional sobre los datos etiológicos, escudriñando con particular atención los de la herencia patológica, y también sobre la anatomía patológica, que en el estado actual aparece limitada á la pituitaria, y la parasitología de la afección, cuando se me antoja que debe extenderse al organismo todo, á la manera como se ha realizado, por ejemplo, para la sífilis hereditaria.

De otra parte, existe en la historia de este padecimiento el hecho de sernos desconocida su marcha, pues nadie ha observado en el mismo sujeto la enfermedad desde el principio hasta el fin, siendo ésta la razón de las diferencias que aparecen en los autores que han edificado una teoría patogénica sobre los datos que la anatomía patológica les suministra.

Los que han considerado la rinitis atrófica como la última fase de regresión de una hipertrofia de la mucosa, y también los que en ella han visto las consecuencias de la marcha crónica de una rinitis purulenta, seguramente que han partido de un punto de vista teórico en el que no es posible negar la posibilidad de esta evolución anatomopatológica, pero han olvidado las circunstancias etiológicas que llevamos mencionadas y que haciendo posible en unos casos mejor que en otros esta posible evolución, dominan, por lo tanto, el cuadro clínico.

La teoría de Zaufal, según la que una gran amplitud de las fosas nasales sería la causa de la estancación de los productos segregados por la escasa fuerza expulsiva que el aire expirado puede alcanzar, y de aquí derivarse todos los fenómenos del ozena, viene á confundir lastimosamente el efecto con la causa y está en desacuerdo evidente con los datos anatómicos positivos aducidos por Zuckerkandl, según los que, en 252 cráneos de individuos jóvenes, nunca se encontró la atrofia congénita de los cornetes. Es intere-

sante fijar la atención sobre esta teoría puramente mecánica del ozena, porque podría servir para dar una razón aparente á la modernísima secta de los que pretenden encontrar en las inyecciones submucosas de parafina el desideratum del tratamiento curativo del ozena, y que no pudiendo ver en ellas un efecto vital cualquiera, podrían explicar sus pretendidos resultados por el estrechamiento de las fosas nasales que procuran.

La teoría parasitaria, llámese el microbio de Lœwenberg, de Abel, ó aceptemos el que tan sugestivamente nos presenta el doctor Pérez (de Buenos Aires), bajo el nombre de *cocco bacillus fetidus ozenæ*, no resiste al más superficial examen siguiendo la lógica de los hechos. Si el ozena es enfermedad parasitaria, ¿por qué es más frecuente en las mujeres? ¿Por qué se da con excesiva mayor frecuencia en las personas chatas? ¿Por qué no es inoculable? ¿Por qué no es contagioso?

Es evidente que si la rinitis atrófica fétida fuese el producto de la germinación y desarrollo de un parásito sobre la pituitaria, se daría con frecuencia el caso de su transmisión accidental dentro de las clínicas de rinología, pues suponiendo que fuera preciso un estado patológico previo de la mucosa para la posibilidad de inoculación, ningún terreno más abonado para la experiencia que una clínica de la especialidad. Y, en verdad, accidente semejante no ha sido señalado por ningún observador.

¿Qué valor puede concederse á los experimentos del Dr. Pérez, quien por medio de la inyección de un cultivo puro de su *bacillus phœtidus*, provoca en la pituitaria del conejo las lesiones características del ozena? Semejante resultado, hasta la fecha no comprobado por otros observadores, obliga al silencio de la crítica confesando ingénuamente que si se confirmase, modificaría radicalmente mis ideas sobre la materia, pero no se confirmará.

Existe, en verdad, una teoría neurotrófica que apenas si encuentra mención en los autores y parece tener muy escaso crédito entre los especialistas, sin duda por el escaso horizonte que descubre para la intervención directa del práctico en el tratamiento, y que, sin embargo, es lo que se atrae todas mis simpatías, aunque confesando que no está edificada sobre un análisis riguroso de hechos comprobados.

He venido á ser partidario de esta teoría: de un lado, por la insuficiencia y el absurdo que en los demás salta á la vista, y de otro lado, por la existencia indudable del tipo ozenoso, tal como he ve-

nido retratándole con sus caracteres y estigmas degenerativos individuales y de familia.

Insistir sobre esta materia fuera agitarse en el vacío, faltándonos todos los elementos para una demostración á lo moderno, con todas las circunstancias de buena ley, pero estamos convencidos que no faltarán observadores más sagaces y experimentadores que lleguen á probar la verdad de lo que apuntamos.

Resultados terapéuticos en el ozena.—No hemos de pasar revista al tratamiento de esta enfermedad, pues sería una labor impropia de este lugar, contentándonos para nuestra finalidad con llamar la atención sobre lo que aparece más saliente en la cuestión.

¿Qué nos enseña la historia de esta enfermedad desde el punto de vista que tratamos? Hasta la fecha podemos asegurar que faltos de un horizonte racional, han procedido los prácticos al tanteo, dando palo de ciego que algunos ilusos mal aconsejados creyeron dar en el blanco, viniendo pronto la experiencia de los demás á destruir inocentes ilusiones.

Los tratamientos generales que con una tendencia de tonificación orgánica fueron de siempre instituídos al lado de los múltiples remedios que con un fin de antisepsia local fueron recomendados bajo formas de aplicación tópica diferente; en todo caso, á pesar de lo científico de sus fundamentos, trajo bien pronto el desaliento en el médico y el paciente, que sólo consiguieron paliar el mal después de tenaz lucha.

Muy conforme estoy con el criterio de la tonificación orgánica, porque está completamente de acuerdo con la idea que de la rinitis atrófica tengo; mas considero que existe una variante en este concepto que explica perfectamente la ineficacia de tal sistema terapéutico, y es que aun considerando al ozena como un estigma de degeneración que ataca el neurotrofismo de determinadas regiones orgánicas, tenemos que admitir que se trata de un proceso fisiopatológico en algún modo específico que no podemos explicar por lo mismo que desconocemos su esencia, pero que, en cierto modo, podemos comparar á la manera de proceder de las manifestaciones de la sífilis hereditaria tardía en la que, aun sin que un organismo determinado ofrezca en su desenvolvimiento lesiones marcadas de naturaleza sifilítica, sin embargo, lleva consigo la modificación específica en cuestión que, más tarde, hará su aparición; y cosa curiosa: lo hará también en épocas determinadas de la existencia, lo mismo que acontece en el ozena.

De modo que para obtener éxito con un tratamiento general, sería preciso, no sólo orientar la existencia del paciente en las mejores condiciones para levantar la mejoría de las fuerzas radicales orgánicas, sino también encontrar, como para la sífilis, el agente específico que fuera capaz de prevenir el desenvolvimiento posterior de las lesiones características del ozena, supuesto el diagnóstico previo del tipo ozenoso; pues *a fortiori* tengo que admitir que, una vez declarada la rinitis atrófica, no habrá medio alguno capaz de regenerar las estructuras destruídas. Y esto, qne siempre fueron verdades de Perogrullo, es lastimoso tenerlas que poner en letra de imprenta, cual si se tratase de la piedra filosofal.

El agente terapéutico específico, ó que aludimos, no se ha encontrado ni se encontrará; pues sería necesario llevar su acción más allá del momento de la concepción, y no creo que la humanidad llegue nunca á preocuparse seriamente de la prole que pueda engendrar.

Si se pasa revista á los medios tópicos que se vienen empleando, pronto se nota que la preocupación dominante ha sido expulsar á cualquier precio todos los productos patológicos acumulados en las fosas nasales, y neutralizar en lo posible la fetidez propia de la enfermedad. Para esto, las irrigaciones de abundante líquido con los múltiples agentes que la química pone á nuestra disposición, llenan un papel de utilidad incontestable, con la condición de que el desdichado paciente precisa tener la cánula todo el día metida en la nariz.

¿Para qué hemos de decir que esto para nada influye sobre la evolución de la lesión? ¡Cuántos tratamientos se han preconizado como eminentemente curativos! Cuando esto ocurre en medicina, mala señal es para el enfermo.

Los que en su tiempo, en el comienzo de mi carrera de especialista, fueron *famosos tapones de Gotstein*, y que, á mi modo de ver, ha sido una de las más felices tentativas de tratamiento, no tuvieron otro éxito que el de una eficaz paliación de los síntomas más molestos. La colocación en las fosas nasales de un tapón empapado en glicerina yodada, tenía por efecto el arrastre mecánico de las costras ozenosas en el momento de retirarle, más la ventaja indudable de la abundante secreción de serosidad que las irritaciones mecánica y química originaban, y cuya consecuencia lógica era favorecer el desprendimiento de las costras y su expulsión. ¡Pero era necesario seguir eternamente con los tapones!

Mucho más efectivo encuentro para este fin el empleo del masaje de la mucosa, con ó sin aparatos. Desde que se introdujo esta práctica en rinología para tratar diferentes lesiones, encontré que convenía como anillo al dedo para el tratamiento de los pobres ozenosos, considerándola inútil para todo lo demás. Un estilete, terminado por un extremo en un pequeño abultamiento, sobre el que se arrolla un trozo de algodón hidrófilo que mojamos en glicerina yodada; y ya está dispuesto todo el instrumental necesario, que puede manejar el mismo paciente. ¿Para qué el uso de los diferentes aparatos vibradores que se han ideado? Evidentemente, con este procedimiento terapéutico no podemos conseguir otro efecto útil que el de provocar en la mucosa un aflujo mayor de sangre y una trasudación de serosidad que se producirá en toda la extensión de la zona sobre que la frotación se hubiera ejercido, y, en verdad, para lograr esto no hay mejor instrumento que la mano del mismo paciente armada con el estilete en cuestión y adiestrada por el especialista. Esta práctica, ejecutada á diario y después de abundante irrigación nasal detersiva y antiséptica, me ha proporcionado los mejores resultados; dentro, por supuesto, del sistema paliativo. Siempre me acogeré á ella mientras los innovadores no me enseñen algo mejor de lo que llevan ideado hasta la fecha.

La causticación galvánica, que sin duda es un medio empírico que demuestra la falta de orientación, podría en rigor acelerar, por la provocación de numerosas cicatrices, la evolución final esclerosante del padecimiento, pero sería á costa de convertir el interior de las fosas nasales en una extensa cicatriz, y nos parece un triste remedio cuyos inconvenientes no precisamos enumerar.

La electrolisis intersticial cúprica, con la que algún notable especialista llegó á curar hasta el ¡99 por 100! (no me explico por qué no se curaba el otro desgraciado), no merece figurar más que en la línea de un agente irritativo cualquiera que durante la época de su acción provoca una fluxión activa y una trasudación de serosidad que facilita el arrastre de las costras y simula el moco normal. Ya la experiencia ha juzgado y condenado este método al olvido.

¿Qué diremos de la famosa idea que hace unos pocos años tuvieron Belfanti y Bella Vedova, pretendiendo curar el ozena con la inyección del suero antidiftérico? Fundábase el método en una supuesta semejanza existente entre el supuesto *bacillus mucosus* del ozena y el bacilo diftérico, ejerciendo tal influencia sugestiva sobre las imaginaciones predispuestas, que se ensayó por todas partes

¡y se publicaron muchas curaciones! Decían que las costras del ozena se desprendían más fácilmente y que se restablecía la secreción de un moco normal, pero desgraciadamente se comprobó que también parecía suceder esto mismo con la inyección de un suero fisiológico y que el efecto era transitorio. No necesitamos esforzar la crítica para condenar el método, pues él solo se condena.

Finalmente, llegamos á las inyecciones submucosas de parafina, método de actualidad que bautizaron Moure y Brindel, que ha ensalzado tanto Brœkaert y que algunos pocos especialistas pregonan por todos los países como el remedio por excelencia.

En diferentes ocasiones me he ocupado, en la sección de este periódico titulada *Revista de otorinolaringología*, en criticar semejante procedimiento terapéutico, aunque ligeramente, dado el carácter de información breve que reviste tal sección, aprovechando ahora la oportunidad para dar alguna mayor extensión á la crítica, no porque no esté bien convencido de que el tiempo acabará muy pronto con tal método, sino por darle la importancia de cuestión palpitante.

Suponiendo que la inyección submucosa de parafina esté informada por una idea teórica cualquiera, ¿cuál puede ser ésta? Seguramente que se encuentra en correspondencia con la vieja teoría de Zaufal, según la que todo el padecimiento estaría pendiente de la extraordinaria amplitud de las fosas nasales. Según este criterio, la parafina vendría á ser un almohadillado, un relleno, que, estrechando el calibre de las fosas nasales, facilitaría, por la mayor velocidad y mayor roce de la corriente expiratoria, la expulsión de las costras ozenosas.

Tal teoría, podemos decir, recordando al poeta, que *ella sola se alaba y no es menester alabarla*. La supuesta importancia patogénica de la amplia dilatación de las fosas nasales, es una pura inocencia, pues que toma nada menos que el efecto por la causa, y el suponer que las mucosidades quedan estancadas en las fosas nasales por efecto de la mayor amplitud, es olvidar la fisiología que nos enseña de qué modo en un conducto tan amplio como el traqueal y en condiciones tan opuestas á la gravedad, camina sin embargo la mucosidad á lo largo de sus paredes hasta las zonas superiores. No podemos rechazar la fuerza vital que lleva aparejada esa *vis a tergo* que impulsa una secreción hacia el exterior, poniéndose á su servicio el epitelio ciliar, agente poderoso de esta locomoción.

Tengamos una mucosa sana y la mucosidad no se estancará por amplia que sea la fosa. ¿No vemos esas extensas destrucciones del tabique nasal que de las dos fosas nasales hacen una extensa cloaca, y sin embargo, el ozena no se desarrolla, ni se forman las costras, ni hay dificultad para la expulsión de la mucosidad? ¿No vemos, por otra parte, cómo en ciertas rinitis hipertróficas, en que la rima respiratoria resulta estrechada, de qué manera el sujeto se ve obligado á sonarse á la inversa, es decir, hacia la faringe, para poder desembarazar sus fosas nasales? Esto quiere decir que la estrechez de la fosa, más que facilidad, constituye una dificultad para la limpieza, porque se opone al juego fisiológico de la *vis a tergo* de la secreción.

¿Podrían las inyecciones de parafina originar en la mucosa algún proceso vital de regeneración? Aun dentro de lo absurdo, pues la parafina está demostrado que si sirve como materia protética, es por su absoluta inocuidad y por no ejercer influencia alguna sobre los tejidos podríamos conservar alguna ilusión si en el ozena se tratase de simples modificaciones, de textura que pudieran ser influídas, pero en realidad se trata de la supresión de ciertos elementos necesarios al juego fisiológico de la mucosa, como son, las glándulas y el epitelio vibrátil y los demás elementos que no he de volver á repetir, y es claro que necesitarían ser formados de nueva planta. ¿Puede tener la parafina este poder? Las investigaciones histológicas llevadas á cabo hasta la fecha tienen demostrado que alrededor de la parafina inyectada se forma una cápsula de naturaleza conjuntiva que conduce al enquistamiento. Ciertas células redondas que describe Brœkæert en la mucosa afectada de ozena, que ha sufrido una inyección parafinada y que considera como un signo de una neoformación, cual si se iniciase un renacimiento de estructuras muertas, existen en todas las mucosas afectadas de rinitis atrófica y son elementos en vías de degeneración y destrucción.

De manera que la parafina sólo puede engendrar un trabajo de encapsulamiento, y por lo tanto, opuesto á todo lo que representa vitalidad.

Y con esto consideramos terminado un trabajo que no debía haber empezado, pues sólo está llamado á demostrar *que la mano cerrada se llama puño.*

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 24 de Junio de 1905.

Anquilostomiasis. — El Dr. *Codina* lee un *Resumen de casuística anquilostomiásica* y dice: de nuevo vuelvo á molestar la atención de la Academia con el tema de la *anquilostomiasis;* pero así como en las sesiones anteriores tuve la honra de exponer las investigaciones personales que había hecho, particularmente desde el punto de vista de la patogenia, en el día de hoy voy á ocuparme de la *anquilostomiasis* considerada desde el punto de vista puramente clínico.

El aspecto social de la *anquilostomiasis* ha sido tratado con la brillantez con que siempre adorna todos sus discursos y todas sus peroraciones, por el Dr. Espina, y seguramente lo tratará, con no menos competencia, el Dr. Larra.

La parte puramente clínica del estudio de la *anquilostomiasis* no es que esté por hacer. Todos los médicos conocen el cuadro clínico de la anemia en general y de la anemia de los mineros en particular; pero es indudable que el cuadro clínico, por lo que tiene de fundamental en su expresión y de secundario en sus manifestaciones, exige un estudio comparativo de gran número de casos para poder formarse un juicio exacto de los caracteres que particularizan de un modo especial á la anemia citada, ó sea la anemia anquilostomiásica.

No es dudoso que los médicos encargados de prestar sus servicios en las explotaciones mineras son los que tienen más ocasión y se hallan en más abonadas circunstancias para estudiar clínicamente esta enfermedad, por la sencilla razón de que disponen de abundante material clínico. Circunstancias especiales y ajenas por completo á una aptitud que no poseo, han motivado que, sin ser médico de ninguna explotación minera y como lo sabe la Academia no disponiendo de otros materiales clínicos oficiales que los que existen en mi Sala del Hospital general, pudiera observar en lo que va de curso un gran número de mineros que padecían la anemia anquilostomiásica. Preocupado por el deseo de hacer una revisión del cuadro clínico de esta anemia, para poder señalar con la mayor exactitud posible los rasgos clínicos, los fenómenos patológicos que con más frecuencia y de un modo más particular se manifiestan en esta enfermedad, he pensado estudiar todos estos casos bajo una misma pauta, siguiendo un mismo procedimiento, valiéndome, si así puede decirse, de un mismo programa para cada uno de ellos. Y es indudable que el examen de toda una serie de enfermos, sobre todo si es bastante numerosa, desde un mismo punto de vista

ó siguiendo con rigor un mismo régimen, es la forma que más se presta para sacar deducciones importantes, para señalar, en último caso, estos rasgos fundamentales y secundarios á que antes he hecho referencia. En esto estriba á mi modo de ver principalmente, el valor inmenso que tiene una casuística, sobre todo si en los casos observados se han examinado, siguiendo un plan idéntico, puesto que para obtener las deducciones oportunas, se cuenta con las condicionales más precisas para que sean fructuosos los resultados estadísticos, es, á saber: el que se trate de grandes cantidades de naturaleza homogénea.

En cada una de las observaciones que figuran en este trabajo, se hacen constar los datos fundamentales desprendidos del interrogatorio y de la exploración, es decir, todo cuanto pudiera interesar al patólogo, todo cuanto pueda tener algún interés respecto al comienzo, curso y sintomatología en el momento del ingreso en el Hospital.

He procurado no sobrecargar la historiología, suprimiendo cuanto pudiera considerarse sin ninguna clase de valor. De ahí que la historia de las observaciones, en número de 50, que tendré el honor de exponer á vuestra consideración, las haya reunido con el epígrafe de *Resumen de casuística anquilostomiásica.*

El Dr. Codina expone las 50 observaciones.

Influencia del color rojo en el sarampión. — El Dr. *Olmedilla* citó el siguiente caso de una joven de veinticinco años, sobrina suya, que había padecido anteriormente una fiebre infecciosa. Se presentó su enfermedad eruptiva con síntomas catarrales, anorexia y pequeña astricción, haciendo explosión la enfermedad á los ocho ó diez días; presentáronse los síntomas de una fiebre exantemática, con exacerbaciones vespertinas, fiebre de 40° y 116 pulsaciones; delirio. Por la mañana los fenómenos catarrales se acentuaban, disnea, tos pertinaz, disfagia producida por una angina intercurrente. Aparecida la erupción, el Dr. Bejarano sometió á la enferma al tratamiento por la luz roja y que antes de las veinticuatro horas la temperatura había descendido á 38° y las pulsaciones á 100, cesando también el delirio.

Hizo después algunas consideraciones acerca de la importancia microbicida de los rayos rojos.

El Dr. *González Alvarez* dice que hace cuatro años emplea la luz roja en el tratamiento del sarampión, juzgando racional el empleo de la luz roja ó cualquiera otra comó microbicida, según se ha comprobado con el bacilo de Koch y otros. Que siendo la fórmula del sarampión la polinucleosis y siendo la luz roja un excitante de las defensas orgánicas y, por tanto, capaz de influir en la intensidad del sarampión, ha empleado este tratamiento con confianza, gusto y convicción, pudiendo afirmar por una observación detenida, que la luz roja no ejerce acción directa ni perjudicial sobre el órgano vesical.

Que para apreciar el resultado de la luz roja como terapéutica de las enfermedades eruptivas, debe tenerse en cuenta la mayor ó menor intensidad de las epidemias, pues que tanto éstas como las endemias puede decirse que *tienen su genio* unas veces benigno y otras maligno y que este año el sarampión ha sido muy benigno empezando á ser maligno en marzo y

persistiendo con este carácter en abril y mayo. Que así en una niña sarampionosa con la aplicación de la luz roja siguió la enfermedad su curso normal, pero que un hermanito de esta enferma que también padeció la enfermedad y que pasó los tres primeros días de ella sin complicaciones, al empezar el cuarto día se inició un ligero brote y que á pesar de haber empleado la luz roja con todas las condiciones, al cuarto día la infección general era muy intensa, se presentó delirio con tendencia al coma, siendo todos los fenómenos generales también sumamente intensos, y que, en cambio, no presentaba más que una erupción sarampionosa en la región glútea izquierda y otra en la región facial derecha. Que por la intensidad de la infección general y por las anomalías de la erupción, á pesar de que los dos niños habían permanecido juntos durante el período catarral, llegó á dudar de su diagnóstico y á pensar si se trataría de un caso de tifus exantemático, puesto que para que el cuadro sintomatológico fuera el propio de esta última enfermedad, sólo faltaban el síntoma observado por él en otras ocasiones y la infección periquerática. Que ante el temor de que, en efecto, se tratara del tifus exantemático, empezó el tratamiento con ligeros diaforéticos, café, bebidas alcohólicas ligeras, etc.; que se quitó la luz roja y el enfermito estuvo veinticuatro horas en este estado, y que al día siguiente brotó normalmente la erupción sarampionosa y vuelta á poner la luz roja, desapareció el sarampión sin complicaciones de ningún género con su período descamativo. Posteriormente se presentó en su consulta el padre rogándole que fuera en seguida, pues su hija se estaba muriendo, contándole por el camino que la niña estaba bien, que de pronto comenzó á respirar mal, que se la puso la cara negra y cayó hacia atrás. Que encontró á la niña con respiración dificultosa y fiebre de 39°. Que ni en el corazón ni en el cerebro, ni en el bulbo, encontró nada anormal. Recordó un caso análogo de un niño de cuatro meses, que murió, al que hecha la autopsia, se encontró un timo que pesaba 30 gramos, lo que explicaba la muerte del niño. Que en la niña á que venía refiriéndose encontró la causa en una estreptococia nasofaríngea, que la enferma tenía 39° de temperatura, pero que se restableció pronto.

Según los resultados de su experiencia, la luz roja es beneficiosa en los casos benignos, pero que ni disminuye la erupción ni evita las complicaciones, pues las ha observado lo mismo cuando ha empleado la luz roja que cuando no la ha empleado.

El Dr. *Espina* dice que la luz roja es difícil de manejar como materia médica, y que como todas las medicaciones, puede ser pura ó impura y que tratar el sarampión poniendo papeles rojos en las vidrieras y otras cosas parecidas, no es tratar el sarampión con la luz roja, pues que ésta debe tener las necesarias condiciones de permanencia, etc.

Otro problema para apreciar los efectos de la luz roja, es el buen diagnóstico del sarampión. Que se han visto efectos sensibles sobre los sarampionosos sin más que cambiar los efectos de la luz, y que al Dr. Codina le ha faltado sin duda encontrarse dentro del concepto experimental bien definido. Propone que se nombre una Comisión de Médicos de hospital y Catedráticos, para que se haga una concienzuda experimentación como medio de decidirse en pro ó en contra de este tratamiento.

El Dr. *Calatraveño* manifiesta que está conforme con lo dicho por el Dr. Espina acerca de la necesidad de diagnosticar bien el sarampión, puesto que en toda la Patología infantil no existe una enfermedad que ofrezca mayor dificultad para el diagnóstico.

Que en cuanto al conocimiento de la causa de esta enfermedad, se encuentra la medicina á la misma altura que hace muchos años, y en cuanto al tratamiento, que en el sarampión todo es cuestión de terreno, y que así un niño que adquiera la enfermedad estando en buenas condiciones orgánicas, á las cuarenta y ocho ó sesenta y ocho horas se curó con luz roja y sin ella, y que así se explican los buenos efectos de la luz roja en el caso citado por el Dr. Olmedilla, puesto que este señor había manifestado que el sarampión había seguido su marcha normal. Llama la atención acerca de que una porción de cosas que vienen del extranjero, son aquí aceptadas por nosotros, como sucede con este asunto de la fototerapia.

Termina insistiendo en que respecto al sarampión se está á igual altura que antes y que el sarampión como caiga en buen terreno se cura con y sin luz roja, y si sobreviene alguna complicación no se cura con la fototerapia y que siendo ésta su convicción, seguirá tratando á los sarampionosos como hasta aquí, de una manera sencilla para que no se diga que hay enfermedades que se curan con el médico, sin el médico y á pesar del médico.

El Dr. *Iglesias* hace constar que su objeto es rendir un homenaje á un hombre ilustre que ha estudiado este asunto de la fototerapia, á Finsen, que falleció en el mes de septiembre último después de haber dedicado toda su vida profesional al estudio de todas estas interesantes materia creando el *Instituto de la luz*, de Copenhague.

Que este hombre ilustre se impresionó al notar que cuando se hallaba en una habitación bien soleada se encontraba en mejores condiciones que cuando estaba en una habitación que carecía de esta condición. Que son bien conocidos los estudios de Finsen en el tratamiento de la viruela y otras enfermedades eruptivas, habiendo escrito numerosas obras en la materia y entre ellas un trabajo con más de 800 observaciones. Que rendido este homenaje que cree oportuno en la ocasión presente, termina diciendo que se trata de un asunto que merece estudiarse con profundidad. Que en terapéutica, sobre todo tratándose de padecimientos de curso cíclico, es difícil darse razón de la acción de estos modificadores, teniendo, como Hipócrates, que admitir en estas materias el *quid divinum*.

El Dr. *Codina* insiste en que á él no le ha prestado servicios el tratamiento por la luz roja y que tampoco los han obtenido los Dres. Monmeneu y otros, y que en un caso de este último señor que fué tratado con la luz roja desde el principio, la temperatura del enfermo subió á 40°. Que cree que se maneja mal este agente terapéutico según afirma el Dr. Espina, y que siendo una cosa que está en estudio y como á pesar de sus opiniones personales el médico debe, por encima de todo, inspirarse en el bien de los enfermos, le parece lo mejor que se reiteren los experimentos en las condiciones más análogas posibles.

El Dr. *Mariani* dice que la variedad de opiniones proviene de la diversa interpretación de los hechos, y que como cada cual los juzga á su modo, no puede haber unanimidad de pareceres.

Los casos por él tratados con la luz roja y de que ha dado cuenta en su Comunicación, han ocurrido en los meses de marzo y abril, que han sido graves y en todos se han presentado complicaciones bronquiales.

El caso reseñado por el Dr. Olmedilla, es notable, puesto que la enferma estaba en el segundo día de la erupción, con delirio, etc., y al día siguiente de someter á la enferma á la luz roja descendió la temperatura y desapareció el delirio.

Respecto á lo manifestado por el Dr. González Alvarez, hace constar su extrañeza de que haya empleado la luz roja durante cuatro años, á pesar de que este señor opina en contra de este procedimiento terapéutico.

En cuanto al Dr. Espina, que está conforme en que la luz roja debe de ser pura; pero que llevar esto al extremo que desea el Dr. Espina, le parece impracticable.

El Sr. Presidente puso término á la sesión haciendo constar la gratitud que la Academia debía al académico Dr. Cortezo, por el interés que este había mostrado por la Corporación en el corto tiempo que había ocupado el Ministerio de Instrucción pública y dió por terminadas las sesiones públicas del presente curso.

PERIÓDICOS

Rinoplastia por epitelioma. Curación.—En la *Revista de Sanidad Civil*, publica el Dr. García Tapia el notable artículo siguiente:

«Es sabido, que lós epiteliomas de la piel (cancroides) son relativamente benignos en tanto permanecen distanciados de las mucosas, pero en cuanto éstas son invadidas, la neoformación se activa con evidente cambio de pronóstico.

De la benignidad de los de la piel responden las curaciones obtenidas con multitud de procedimientos y de agentes, desde el clorato potásico hasta los rayos Rœntgen, desde la cauterización más débil á las más radicales intervenciones. De la gravedad de los de mucosas testifica su rápido crecimiento, su difusión por linfáticos, sus metastasis, etc., etc.

Por eso en ciertos casos debe intentarse la curación con la menor mutilación posible y en otros hay que buscarla, á costa de intervenciones extensas, y aun así hay que temer las recidivas. En los dos que voy á referir, el resultado plástico ha sido excelente y hasta la fecha, á pesar de que uno fué operado hace más de cuatro años y otro hace uno y medio, no se ha presentado el menor vestigio que haga temer una recidiva.

Observación 1.—Francisca Alcaide, setenta años, de Villaverde (Madrid), sin antecedentes patológicos hereditarios ni personales. Refirió que hacía tres años, á consecuencia de un arañazo que le hicieron en el ala izquierda de la nariz, se le formó una costra, que al desprenderse dejaba una pequeña úlcera, donde á su vez se originaba otra costra nueva, que volvía á caerse sin cicatrizar nunca. Asegura, que le han cauterizado con medicamentos y con fuego y aun que le han hecho un raspado en un hospital de Madrid; á

pesar de todo ello la ulceración no sólo no desaparecía sino que iba creciendo lentamente. En estas condiciones se presentó en la Clínica del Carmen, hace poco más de cuatro años.

Una ulceración del tamaño de una moneda de 10 céntimos, de bordes gruesos, irregulares é invertidos hacia fuera, de fondo anfractuoso, duro, con algunos mamelones rojizos que sangraban al menor contacto, ligera fetidez y dolor á la presión, ocupaba el ala izquierda de la nariz, el surco nasogeniano y parte de la mejilla.

El aspecto de la lesión, la edad de la enferma y la negación de síntomas de otras enfermedades, no nos permitían dudar de que aquello era un epitelioma ulcerado.

Como la mucosa del vestíbulo nasal comenzaba á ser invadida y los tratamientos empleados con anterioridad no habían dado resultado, me pareció que una intervención operatoria era necesaria y podría ser útil. No fué esta la opinión de los que la vieron al mismo tiempo que yo, quienes teniendo en cuenta la lesión en sí y la edad avanzada de la enferma, dudaban que fuera caso operable. Yo asumí la responsabilidad de la operación.

El Dr. Barajas cloroformizó y ayudado por los Sres. Fernández, Noya y Lago, hice una incisión que designaremos *A* de unos 4 centímetros, en la cara lateral izquierda de la nariz, á medio centímetro de su dorso y paralela á él, que llegaba hasta el borde libre del ala. Después tracé otra incisión *B* de igual longitud, que partiendo del extremo superior de la *A*, se dirigía hacia fuera divergiendo en un ángulo de 60° aproximadamente. Por último, una incisión inferior unía los extremos de ambas circunscribiendo un triángulo equilátero, en cuya área estaba limitado el neoplasma. Hice su extirpación completa y procedí á cubrir la pérdida de substancia, mediante la piel del carrillo según el procedimiento de deslizamiento de Le Fort Malgaigne, que consiste en tallar un colgajo cuadrangular, cuyo pedículo corresponde al reborde inferior de la base de la órbita; el borde interno es la incisión *B* prolongada un centímetro hacia bajo; el borde externo de igual longitud dista del interno 4 á 5 centímetros y es paralelo á él: el borde inferior se traza uniendo los extremos inferiores de los bordes laterales. El colgajo así constituído, se diseca y se desliza hacia adentro hasta llenar la pérdida de substancia, en cuyo caso su borde interno viene á corresponder á la incisión *A*. Así ejecutado, queda en el carrillo una superficie descubierta, que puede llenarse tirando de los bordes hasta aproximarlos y suturarlos, ó esperando que se cubra por granulación. Me decidí, por esto último, para evitar la tirantez al colgajo.

Los resultados plásticos no pudieron ser más perfectos, como en la fotografía puede apreciarse: ha quedado una nariz en la que apenas se notan señales de intervención. En cuanto á los resultados curativos, han sido excelentes, puesto que ya han transcurrido más de cuatro años sin reproducción. El examen histológico del tumor confirmó el diagnóstico clínico; se trataba de un epitelioma pavimentoso con globos epidérmicos.

Observación II. — Filomena Pérez, sesenta años, del Pinoso (Alicante). En el ala derecha de la nariz presentaba un epitelioma del tamaño de una moneda de 5 céntimos que permaneciendo mucho tiempo estacionario, había tomado gran incremento en pocos días.

El 21 de marzo de 1904, ayudado por los doctores Pallarés y Casado, extirpé el tumor é hice la rinoplastia del ala por el mismo procedimiento que en el caso anterior. La única variación fué suturar los bordes de la pérdida de substancia del carrillo, en vez de esperar que se cubriera por granulación. De este modo la cicatrización fué más breve, pero en cambio se produjo cierta tirantez del colgajo y los resultados estéticos no fueron tan excelentes como en el caso anterior, si bien puede verse, son bastante satisfactorios.

Hasta el día de la fecha tampoco hay señales de reproducción».

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 12 de Julio de 1905.

Lipoma intra-articular tuberculoso. — El Dr. *Reynier*, en nombre del doctor Couteau, cita una observación interesante de un lipoma circunscrito intra-articular, de origen tuberculoso. Se trata de un marinero que ingresó en el Hospital de Cherburgo con el diagnóstico de hidrartrosis de la rodilla; este hombre había padecido en su infancia una artritis que había curado perfectamente. Al examen se comprobó, además del líquido en la articulación, un cuerpo extraño de naturaleza dudosa. La radiografía no dió resultado. El Dr. Couteau practicó la artrotomía y extrajo de la sinovial un cuerpo redondeado; dos pedículos le unían á la sinovial y otro al cóndilo externo del femur. El enfermo curó en quince días, conservando absolutamente intactos todos los movimientos articulares. El examen de la pieza anatómica demostró que se trataba de un lipoma, en cuyo centro había un núcleo caseoso que era de naturaleza tuberculosa, comprobada por el examen microscópico y la inoculación.

Esta observación es particularmente interesante porque prueba que cualquiera que sea su forma, los lipomas intra articulares, arborescentes ó circunscritos, son productos inflamatorios debidos á una reacción de la sinovial de origen tuberculoso. Esto estaba ya demostrado en cuanto á los lipomas arborescentes, pero la observación del Dr. Couteau es la primera en que se trata de un lipoma circunscrito de naturaleza manifiestamente tuberculosa.

Examen clínico de los cambios respiratorios. — El Dr. *Robin* presenta un aparato que permite medir de una manera precisa la cantidad de oxígeno absorbido y la cantidad de ácido carbónico exhalado. Gracias á él, el mé-

dico podrá, en una hora, determinar exactamente los cambios respiratorios de un enfermo y deducir la terapéutica que se impone.

Este aparato tiene, en efecto, numerosas aplicaciones clínicas y terapéuticas. Gracias á él, Robin ha demostrado que en los tuberculosos y pretuberculosos la cantidad de oxígeno absorbida y la de ácido carbónico exhalada es superior á la normal, mientras que en los artríticos, por el contrario, la cantidad de O y de CO^2 es normal ó inferior.

El aumento de los cambios respiratorios se encuentra también en la descendencia de los tuberculosos en el 60 por 100 de los casos, y la disminución se halla en los descendientes de los artríticos en el 75 por 100. En los hijos de tuberculosos y artríticos la anormalidad de los cambios sólo se encuentra en 33 casos por 100.

También con el aparato de que nos ocupamos se puede hacer el diagnóstico diferencial entre la pleuresía tuberculosa y la no tuberculosa. En el primer caso, los cambios respiratorios están exagerados, y en el segundo, ó lo están poco ó son normales.

En la ascitis esta exageración es especial, pues no llega á la cantidad de oxígeno absorbido, pero sí á la de ácido carbónico exhalado. Durante las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas siguientes á la punción, los cambios disminuyen.

Las deducciones terapéuticas son interesantes toda vez que el Dr. Robin ha comprobado que en los tuberculosos la absorción diaria de 100 gramos de carne cruda disminuye en un 4 por 100 los cambios respiratorios, pero si se aumenta la cantidad de aquélla, aumentan igualmente éstos, sucediendo lo mismo con los huevos, deduciéndose que la cantidad conveniente es de cuatro á seis por día.

La sangría obra aumentando la cantidad de O absorbida y la cantidad de CO^2 eliminada; por lo tanto, es al propio tiempo que un pequeño medio de eliminación, un poderoso medio de oxidación. La dosis terapéutica conveniente de arrenal es de 5 centígramos por día. Toda dosis exagerada de arsénico aumenta los cambios respiratorios en los tuberculosos.

Anestesia completa por la vía subcutánea y por la vía estomacal.—El doctor Gréhant: En los animales (perros) á la media hora de inyectar bajo la piel 1 centígramo de clorhidrato de morfina por kilogramo, hago penetrar en el estómago, por medio de una sonda esofágica, una solución de cloroformo en alcohol al 10 por 100, á la dosis que produce la embriaguez: en un perro de 10 kilogramos de peso se emplearon 500 cent. cúb. de solución alcohólica, que contiene 2'5 cent. cúb. de cloroformo. Al cabo de media hora próximamente se obtiene la anestesia, que dura, con un sueño profundo, durante varias horas, notándose en el animal un descenso de 4 grados en la temperatura central, estando muy disminuída la cantidad de ácido carbónico exhalada por los pulmones. En vista de esto, creo que se debe aplicar al hombre este sistema de anestesia cuando se trata de grandes traumatismos, y particularmente en las quemaduras extensas, porque este procedimiento tiene la ventaja de hacer desaparecer el dolor introduciendo en la sangre venosa una dosis mínima de cloroformo.

Las falsas apendicitis.—El Dr. Nittis: Las apendicitis son en verdad muy frecuentes, pero deben tenerse en cuenta las falsas apendicitis, porque

suele hacerse el diagnóstico bajo una especie de *preocupación* de actualidad: un riñón móvil con pielitis, una salpingitis, etc., son causa de que por lo común se envíen á los cirujanos enfermos diagnosticados de apendicitis, cuando el caso contrario casi nunca tiene lugar, y lo que es más importante, muchos enfermos del tubo digestivo (sobre todo cuando hay dilatación de estómago con enteritis) presentan con bastante exactitud los síntomas de la apendicitis crónica, con dolor en el punto de Mac Burney. En tales casos hay fundadas razones para creerse en presencia de una apendicitis cuando en realidad sólo se trata de un síntoma referente á una alteración que existe en otro sitio, la cual cura con el régimen y hace inútil una operación que no mejora al enfermo.—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 12 de Julio de 1905.

Cáncer lingual. — El Dr. *Poirier* dijo que desde hace dos años ha tenido ocasión de intervenir 21 veces por tumores linguales: 20 veces por epiteliomas pavimentosos típicos, y una vez por papiloma lingual en un sifilítico.

De los 20 epiteliomas, sólo 5 iban acompañados de hiperqueratosis de la mucosa, lo que demuestra que la coincidencia de la leucoplasia y del cáncer de la lengua no es tan frecuente como supone la opinión clásica.

Los 20 epiteliomas pertenecían: 9 al tipo lobulillado, 2 al tubulado y 9 al lobotubulado. Las células neoplásicas eran todas del tipo malpighiano. La degeneración córnea era constante y la coloide frecuente; de las 20 veces, 14 se descubrieron glóbulos epidérmicos notables, no sólo por su número, sino por sus dimensiones y la intensidad de las degeneraciones celulares. En muchos casos se encontró un syncytium cancerófago. Todos los exámenes, al revelar procesos de mitosis en el seno de las células cancerosas, indicaban la vitalidad intensa de la neoplasia en todos los casos. Sin embargo, la rapidez de las infiltraciones submucosas é intermusculares fué muy variable, según los casos; los cánceres más limitados, al parecer, en superficie solían ser los más extensos en profundidad. Así que en los casos incipientes, en las lesiones superficiales que pueden hacer vacilar en el diagnóstico, es preciso siempre recurrir á la biopsia, que revela la infiltración epiteliomatosa.

Insistió de una manera especial el Dr. Poirier sobre los resultados obtenidos por el examen microscópico de los ganglios extirpados en el curso de las intervenciones por cáncer de la lengua. Aunque estos ganglios estaban siempre hipertrofiados y en apariencia degenerados, su cancerización no fué en realidad ni constante (faltó 8 veces en 20) ni precoz (no se observó en un cáncer lingual que databa de tres meses).

No es menos cierto que esta degeneración cancerosa de los ganglios es recuentísima (12 de 20), es decir, casi en los dos tercios de los casos, y que es de ordinario precoz, lo que basta para justificar la ablación de todos los

ganglios, cervicales y maxilares de ambos lados, en todos los casos de cáncer lingual susceptible aún de extirpación.

Respecto al manual operatorio de esta extirpación, el Dr. Poirier indicó una modificación que ha introducido últimamente en su técnica acostumbrada. Consiste en practicar, como tiempo preliminar de la ablación de la lengua, una laringotomía intercricotiroidea, con objeto de poder maniobrar en la cavidad bucal, sin preocuparse constantemente de impedir á la sangre que penetre en la laringe y á las secreciones bronquiales que contaminen el campo operatorio. El Dr. Poirier practica esta laringotomía por punción—después de la simple incisión de la piel para reconocer el espacio intercrico-aritenoideo—con un trócar curvo provisto de una cánula especial, que queda aplicada en la herida después de la punción. Esta laringotomía por punción, que ha adoptado después de haberla visto practicar al Dr. Butling, de Londres, tiene grandes ventajas y carece en absoluto de inconvenientes; se practica con rapidez, sin que se derrame, por decirlo así, una gota de sangre; permite operar tranquilamente en la boca con un buen taponamiento faríngeo, que impide el acceso de la sangre á la laringe y el de las secreciones bronquiales al campo operatorio; una vez terminada la operación y extraída la cánula, la heridilla laríngea cicatriza con rapidez, sin necesidad de sutura y sin el menor riesgo de infección traqueal.

Terminó el Dr. Poirier su comunicación recordando que los resultados terapéuticos de la extirpación del cáncer de la lengua, practicados según la técnica expuesta en otras comunicaciones, son bastante satisfactorios. Entre los muchos enfermos que ha operado, en algunos no se ha observado la recidiva en un año, y en dos, en tres y cuatro años respectivamente. Por desgracia, ha observado que el número de enfermos de cáncer de la lengua inoperable que ve es cada vez mayor. Este hecho es debido á que la mayor parte de estos enfermos—espontáneamente ó por consejo del médico—ensayan hoy primero la radioterapia, fiados en algunas curaciones obtenidas por ella en ciertos cánceres superficiales, y cuando fracasa este tratamiento y los enfermos acuden al cirujano, suele haber pasado el momento oportuno para la intervención quirúrgica. Nunca se repetirá bastante que el cáncer de la lengua sólo ofrece probabilidades de curación cuando se practica la extirpación precoz y lo más extensa posible.

El Dr. *Quénu* dijo que, como el Dr. Poirier, había observado varias veces la falta de degeneración cancerosa de los ganglios en ciertos casos de adenopatía cervical ó submaxilar acentuada que coincidía con el cáncer de la lengua. Respecto á la traqueotomía ó á la laringotomía temporal como primer tiempo de la extirpación del cáncer de la lengua, cree el Dr. Quénu que no es indispensable, y que puede asegurarse fácilmente la hemostasia bucal, y por lo tanto, la función libre de la laringe, principiando la operación por la ligadura de las dos carótidas externas. En estos casos el abrebocas cloroformizador de Delbet facilita la anestesia y las maniobras intrabucales.

El Dr. *Reynier* manifestó que el trócar de punción traqueal empleado por el Dr. Poirier es idéntico al inventado y presentado por el Dr. Glower á la Academia de Medicina hace más de diez años.

El Dr. *Richelot* indicó que hace quince años había demostrado las ventajas de esta punción intercricotiroidea.

El Dr. *Pozzi* dijo que hacía treinta años Krishaber inventó una cánula idéntica á la que emplea el Dr. Poirier.

El Dr. *J. L. Faure* dijo que antes recurría con frecuencia á la traqueotomía ó laringotomía previa en ciertas operaciones sobre la boca ó sobre el cuello, pero que ha renunciado á ellas desde hace algún tiempo, á causa de lo que agravan las consecuencias operatorias. Sin embargo, el procedimiento de laringotomía temporal por punción empleado por Butling, y que recomienda Poirier, le parece muy seductor, y en caso de duda, no vacilaría en recurrir á él.

El Dr. *Sebileau* cree que es preferible, al extirpar un cáncer de la lengua, no hacer la traqueotomía (ó la laringotomía) previa; pero cuando se imponga, no la practicará por punción, porque es un procedimiento ciego é inferior á la incisión con el bisturí.

Cuanto á la ligadura previa de las carótidas externas que aconseja el Dr. Quénu, manifestó el Dr. Sebileau que no comprende sus ventajas, porque es fácil obtener la hemostasia durante la extirpación de la lengua sujetando con pinzas y ligando los vasos á medida que se seccionan.

El Dr. *Delbet* dijo que, como los Dres. Poirier y Quénu, había observado falta de degeneración cancerosa en ciertos ganglios infartados en casos de cáncer de la lengua.

Informe sobre el valor del tratamiento del cáncer por el método de Doyen. — El Dr. *Delbet* leyó un informe acerca de este asunto en nombre de una Comisión compuesta de los Dres. Monod, Berger, Nélaton y Delbet.

La Comisión ha examinado 26 enfermos afectados de cáncer ó de recidiva de cáncer de diversos órganos. Para facilidad del estudio, el doctor Delbet los divide en varias categorías:

En la primera categoría incluye los casos tratados por la sueroterapia sola sin operación. Este grupo comprende dos series: serie *a*, cánceres iniciales tratados por la sueroterapia; serie *b*, recidivas de cánceres tratados por la sueroterapia.

En la serie *a*, que comprende tres casos, cuando la Comisión creyó conveniente terminar sus observaciones, se habían obtenido los resultados siguientes: estado estacionario, un caso; agravación manifiesta, un caso; agravación rápida y muerte, un caso.

En la serie *b*, que comprende siete casos de cánceres diversos, los resultados fueron: ninguna mejoría; estado grave persistente, dos casos; agravación, cinco (una ligera, cuatro manifiesta).

En el segundo grupo incluye el Dr. Delbet los casos de cáncer ó de recidivas de cáncer tratados simultáneamente por la sueroterapia y por una ó más intervenciones quirúrgicas. Este grupo se divide también en dos series, *a* y *b*, que comprenden uno, los cánceres iniciales, otro, las recidivas.

En la serie *a* (12 casos) los resultados fueron: ninguna mejoría, tres casos; agravación, nueve casos, uno sobre todo rápido.

En la serie *b*, que comprende siete casos de cánceres diversos, los resultados fueron: estado estacionario, un caso; agravación, tres casos, uno rápido.

Tales son los resultados consignados por la Comisión á consecuencia de la observación de varios meses de enfermos cancerosos diversos tratados por el Dr. Doyen con su suero antineoplásico. Conviene añadir que de los 26 casos que sirven de base á este informe, el Dr. Doyen pretende desechar siete, porque, según él, en unos el tratamiento principió muy tarde, y porque en otros no se siguió con regularidad. Pero según afirma el Dr. Delbet, á todos estos enfermos se les hicieron cuando menos de 6 á 18 inyecciones, y á algunos hasta 44, y no es temerario pensar que es un número de inyecciones quizá suficiente para juzgar de su valor terapéutico. Y si el doctor Doyen objeta que estos casos necesitaban precisamente de 60 á 80 inyecciones, puede respondérsele que ha considerado como suficientemente tratados enfermos de cánceres análogos á cuyos individuos sólo se les había hecho una docena de inyecciones.

Podría objetarse, por otra parte, que un período de observación de cinco meses y medio no basta para juzgar de la agravación de un cáncer ó de una agravación de cáncer; ya hemos dicho lo que debemos pensar de esto. Este período hubiera sido suficiente para apreciar mejorías de haberse producido.

En resumen, dijo el Dr. Delbet, «que se elimine todo lo que se quiera de la estadística de que me he ocupado, no por eso dejará de subsistir un hecho fundamental, á saber: que durante los cinco meses que hemos examinado todos los enfermos que el Dr. Doyen quiso presentarnos, no hemos visto una sola mejoría. Creemos, por lo tanto, que el Dr. Doyen ha sido víctima de las ilusiones que hace con tanta frecuencia á los inventores confundir sus esperanzas con la realidad».

Terminó el Dr. Delbet manifestando que ha ensayado el suero de Doyen en tres cancerosas (cáncer mamario) de su clínica, y el resultado fué siempre la agravación rápida en la marcha de la neoplasia.

(*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

XXIV CONGRESO ALEMÁN DE CIRUGÍA

Celebrado en Berlín los días 26 al 30 de Abril de 1905.

(Continuación)

Influencia de los métodos de diagnóstico funcional sobre los resultados de la nefrectomía por tuberculosis renal. — El Dr. *Jaime Israel* (de Berlín), manifiesta que muchos autores atribuyen los mejores resultados que ha proporcionado la nefrectomía en estos últimos tiempos al examen de la capacidad funcional de los riñones. Kümmell preconiza la crioscopia y Casper la prueba de la floridzina; el autor á su vez se ha propuesto comprobar el valor de los métodos aconsejados en casos de tuberculosis renal. Por de pronto, el hecho de que cada autor sólo concede confianza al método que ha empleado con más frecuencia, hace desconfiar un poco del valor de todos ellos. El juicio que le merecen al autor es el siguiente:

La *crioscopia sanguinea* es de resultados muy inciertos para el cirujano.

No es exacto, como sostiene Kümmell, que un punto de congelación normal indique seguramente que el riñón funciona normalmente y que un punto de congelación anormal indique en cambio una afección de ambos riñones. En efecto, hay casos de afección de ambos riñones en que el punto de congelación es normal y hasta puede ser más bajo que el normal en casos de afección grave de un riñón solitario.

Por consiguiente, si nos fiamos de la crioscopia, puede suceder, como le ha ocurrido al autor, que se opere con punto normal de congelación y que se muera el enfermo de uremia ó bien que se renuncie á la operación, hallándose también normal dicho punto y que se muera el sujeto de tuberculosis renal, siendo así que se hubiese podido salvar con una operación.

Prueba de la floridzina. Según ella el riñón menos sano segregaría menos azúcar que su congénere. Esta prueba no es indispensable, puesto que el autor ha averiguado en 72 casos cuál era el riñón enfermo sin necesidad de recurrir á ella. Pero además, puede inducir á error cuando no hay excreción de azúcar, de suerte que por confiar en esta prueba se han dejado muchas veces de operar casos cuya terminación funesta se hubiera podido evitar mediante la operación. La prueba de la floridzina tampoco nos ilustra nada acerca de las relaciones entre la capacidad funcional de ambos riñones. Ni la cantidad absoluta de azúcar segregada ni la relativa, nos sirven en este concepto. Sus resultados son también insuficientes para juzgar de la extensión que ha adquirido la enfermedad en el riñón afectado. En resumen, el método no nos informa con seguridad ni del estado de salud ni de la capacidad funcional mayor ó menor de ambos riñones. No hay que olvidar además que por entre el ureter y el cateter se escapa una cantidad indeterminada de orina, lo cual impide un análisis cuantitativo exacto.

Kapsamer da mucha importancia al momento en que empieza la excreción de azúcar; si no aparece esta substancia hasta treinta minutos después de administrada la floridzina, no se debería operar, pero esta base es también falsa, puesto que un caso observado por el autor demuestra que el momento de aparición del azúcar es variable.

Crioscopia urinaria. Sólo tiene valor cuando se conoce además la cantidad de orina, pero como ya se ha visto que es imposible determinar exactamente dicha cantidad, de aquí que los resultados de este método sean también ilusorios. Si se separan las cantidades de orina de ambos lados por medio del segregador, no por ello nos proporciona la crioscopia urinaria el dato del valor funcional de los riñones.

Los métodos mencionados confunden todos ellos el trabajo realizado durante un corto período con la capacidad funcional del órgano en si mismo. Sólo en los grados de exigencia funcional máxima es cuando destaca la capacidad funcional recíproca, y ésta, ó sea la valencia plena, es la que importa conocer.

Los partidarios de los métodos de examen funcional, ya referidos, se fundan en los resultados de la estadística. Pero si los progresos obtenidos en la curación de estos enfermos fueran debidos al diagnóstico funcional, no se observarían en las estadísticas de los cirujanos que no apelan á los métodos citados. Los progresos son innegables puesto que mientras la mor-

talidad de los casos operados era de 25 por 100 antes de 1901, ha bajado á 10 por 100 después de dicha fecha. Pero la prueba de que estos progresos no dependen, ó muy poco, del cateterismo de los uréteres, la tenemos en que han obtenido tan buenos ó mejores resultados aquellos cirujanos que no lo emplean generalmente. Así, Morris, ha tenido una mortalidad de 22'7 por 100, antes de 1901, y de 15 por 100 después, y la de Basi ha sido de 6 por 100 después de 1900. En los resultados del autor no se ha notado la influencia del cateterismo uretérico. De 41 casos no se empleó en 20 y los resultados fueron iguales: una mortalidad de 9'5 por 100 y 10 por 100. Antes de 1901 sólo se empleó el cateterismo en un 7 por 100 de los pacientes; después de 1901 en un 15 por 100. Mortalidad: 10'5 por 100 y 10 por 100, ó sea el mismo resultado. La insuficiencia renal post operatoria fué entre 46 pacientes no cateterizados, de 4'3 por 100 y entre 22 cateterizados, de 6'5 por 100. Se deduce de estas cifras que si el examen funcional del riñón tiene acaso alguna influencia en los progresos de los resultados de la operación, dicha influencia es sin duda muy pequeña. A la misma conclusión se llega comparando en grandes estadísticas los resultados obtenidos desde principios de este siglo por los partidarios del examen funcional y por los no partidarios de este procedimiento. En efecto, en el primer grupo aparece una mortalidad de 14'4 por 100 y en el segundo de 13'1 por 100.

La estadística de Casper es deficiente y por esta razón aparece en ella diferencia á favor de los que emplean el método de examen funcional. La falta de dicha estadística consiste en que por una parte incluye los cirujanos antiguos que todavía no tienen gran habilidad ni en él diagnóstico ni en la parte operatoria, y en otro grupo se hallan los cirujanos más modernos que, aleccionados con las faltas de los anteriores, se han apropiado los grandes progresos quirúrgicos de nuestros tiempos. Pero como es natural, semejante comparación tiene que conducir á conclusiones erróneas; los únicos datos comparables son los de la misma época.

El diagnóstico funcional tampoco ha influído en el éxito del tratamiento de la tuberculosis renal. El autor perdió antes de 1901, de 145 casos el 20 por 100 y después de 1901, de 145 casos el 12 por 100; Kümmell sólo ha tenido una mortalidad de 6'4 por 100. Pero si se comparan las cifras de una misma época, vemos que la diferencia sólo depende de la del material respectivo, puesto que Kümmell no ha operado más que un 6'3 por 100 de tumores malignos, y en cambio el autor, entre 135 casos, tuvo 37 por 100 de tumores de dicha clase. Si eliminamos en ambas estadísticas los casos de tales tumores, cuyo pronóstico siempre es malo, la mortalidad de Kümmell es de 9 por 100 y la del autor de 8'2 por 100.

La causa de los mejores resultados que ahora se obtienen no es otra que el cambio de ideas que se ha realizado acerca de las indicaciones de la operación. Hoy se opera la tuberculosis del riñón tan pronto como se tiene seguridad en el diagnóstico, y gracias á la operación precoz ha disminuído la mortalidad. En efecto, procediendo así se evita en primer lugar, que se interese el otro riñón y además que se llegue á resentir el corazón con la larga duración del padecimiento, puesto que cuando están afectadas ambas vísceras es más fácil que por virtud de su insuficiencia sobrevenga la

muerte con la operación. Además, la operación precoz es más fácil y con ella la mortalidad tardía también disminuye. Los casos desesperados ya no se operan.

La operación precoz requiere ciertamente un diagnóstico también precoz; este es facilitado por la circunstancia de que la tuberculosis urogenital es descendente, y por lo tanto, cuando está interesada la vejiga es seguro que también lo está el riñón, y por lo tanto, en estos casos debemos buscar la tuberculosis en este órgano. Claro está que sería muy conveniente que poseyéramos un método que nos diera á conocer con certeza la capacidad funcional del riñón y la falta de tuberculosis en este órgano; pero los métodos que para ello se han propuesto hasta la fecha son insuficientes; hay que buscar otros que sean más seguros.

La cirugía renal desde la introducción del cateterismo de los uréteres. — El Dr. *Casper* (de Berlín) manifiesta que es cierto que la existencia de pequeñas diferencias no puede utilizarse cuando se emplea el diagnóstico funcional, pero si está enfermo un riñón, la diferencia es grande. En dos exploraciones sucesivas no se pueden obtener iguales resultados, porque la tensión osmótica se modifica según la cantidad de líquido que recibe el organismo, variando con ello los resultados de la crioscopia. Sucede lo mismo con la determinación cuantitativa de la urea y del azúcar. En cambio, la diferencia relativa aumenta la seguridad del diagnóstico y del pronóstico. Respecto á la prueba de la floridzina, es verdad que en algún caso el riñón sano no segrega azúcar, pero lo que pasa en estos casos es que como la floridzina es un diurético enérgico, no es posible descubrir el azúcar por lo muy diluído que se halla. Las cifras absolutas no tienen ningún valor; sólo lo tiene la comparación entre el azúcar segregado por los dos riñones.

Teniendo en cuenta estas particularidades, el autor procede del modo siguiente: El paciente toma como desayuno de 50 á 100 gramos de leche, y á las dos horas se analiza la orina; después toma 1 gramo de floridzina, y mientras no se presenta azúcár en la orina, se investigan en ésta la urea y el punto de congelación. Después se determina la secreción de azúcar. El autor ha examinado recientemente 100 casos, y en los riñones sanos nunca ha echado de menos el azúcar. Si á pesar de ello no se segrega azúcar ó muy poco, se dan 2 gramos de floridzina y con anestesia para que no haya poliuria. Los casos en que el diagnóstico tropieza con dificultades son sumamente excepcionales.

Producción experimental de la tuberculosis renal. — El Dr. *Pels-Leuden* (de Berlín) ha utilizado, para producir la infección, las arterias renales y ha experimentado en cabras y perros, empleando material tuberculoso bovino y cultivos puros. Los resultados de 10 experimentos han sido en 1 caso infección mixta, en 9 tuberculosis renal unilateral, aunque en uno de ellos había un foquito en el otro riñón. En un perro y en una cabra la tuberculosis se limitó á los riñones, pero en los demás animales se generalizó. Los órganos secretores siempre se hallaron sanos, debido quizá á que las alteraciones en los riñones aún no estaban muy desarrolladas y estaba sana la mucosa de las vías eferentes.

El Dr. *Kümmell* hace notar que antes de decidirse á extirpar un riñón, tenemos que saber si el otro está sano ó con tal grado de capacidad fun-

cional, que podrá encargarse de la función de los dos. Para ello el autor emplea los métodos de examen funcional, apelando á unos ó á otros según las circunstancias del caso. El cateterismo uretérico es muy útil, principalmente en los primeros comienzos de la tuberculosis renal, y nunca acarrea el menor perjuicio. La crioscopia es el procedimiento que el autor emplea de preferencia, por ser muy seguro, y también se pueden emplear con ventaja las substancias colorantes.

Hay que distinguir tres grupos de tuberculosis renal: 1.°, los casos en que el cateterismo uretérico demuestra que la orina de un riñón presenta alteraciones considerables, en tanto que la del otro es normal: en estos casos no hay necesidad de más examen para practicar con toda seguridad la nefrectomía; 2.°, aquellos en que el cateterismo revela que están interesados ambos riñones, pero en diferente grado; se hace necesario entonces el examen funcional, poner al descubierto el riñón más enfermo, y si es del caso, extirparle; 3.°, si no es posible el cateterismo, examen funcional y, sobre todo, crioscopia, descubrir el riñón, examinarle, y si este examen y el crioscópico dan buen resultado, extirpación.

Los resultados diversos que se obtienen con el examen funcional provienen de diferencias en la técnica al practicar la exploración. Es necesario dominar por completo la técnica.

El Dr. *Kapsamer* (de Viena) dice que la crioscopia es supérflua en la práctica, porque basta con el dato del peso específico de la orina; además, es insegura, porque hay casos de afección grave de ambos riñones en que da cifras normales. El método del carmín de índigo es muy útil, pero el de la floridzina lo hace ilusorio la poliuria que se presenta con esta substancia. Por esta razón ha aconsejado determinar el momento en que empieza á aparecer el azúcar. En último caso, la apreciación de la indicación operatoria tiene que ser subjetiva.

El Dr. *Voelcker* (de Heidelberg) refiere que en la clínica de Czerny da muy buenos resultados el método del carmín de índigo. Un riñón suficiente debe satisfacer á los dos requisitos siguientes: 1.°, poseer una sensibilidad determinada respecto á las substancias diuréticas; y 2.°, tener cierta capacidad de trabajo. Ambos datos se averiguan sometiendo al riñón á determinados esfuerzos de secreción, y para ello sirve muy bien la prueba del carmín de índigo.

El Dr. *Cohn* (de Könisberg) hace notar que para juzgar de los resultados del examen funcional, importa mucho saber si la técnica empleada ha sido irreprochable. El procedimiento de determinación del punto de congelación varía mucho, y no hay que olvidar que dicho punto no es más que aparente y que la cuantía del error oscila mucho si no nos fijamos en la temperatura de la disolución. La concentración de la sangre nunca es capaz de informarnos con seguridad si un riñón funciona ó no normalmente.

El Dr. *E. Frank* (de Berlín) aconseja para aquellos casos en que no se puede practicar el cateterismo uretérico, el procedimiento de la separación. Verdad es que este método no se puede emplear cuando está enferma toda la mucosa vesical, pero en cambio, es muy útil cuando la afección es unilateral, que es el caso más frecuente. El cateterismo uretérico tiene el inconveniente de que excita fácilmente el riñón á segregar más cantidad de

orina que en condiciones normales. El procedimiento de separación también provoca poliuria, pero mucho menor que con el del cateterismo.

El Dr. *Rumpel* (de Hamburgo) hace notar que en muchos casos se juzga mal de los resultados de la crioscopia, y que también es común que se emplee una técnica no irreprochable. En concepto del autor, la concentración molecular de la sangre es de 0'56 á 0'57; si varía es que existe una afección del sistema renal; cuando excede de 0'58, dicha afección es indudable; la concentración de la orina no es constante más que de un modo relativo. Una función normal no indica que los riñones estén completamente sanos, sino tan sólo que existe cantidad suficiente de parénquima renal para sostener dicha función, pudiendo á todo esto estar enfermos ambos pulmones. La crioscopia tiene un valor grandísimo para el que comprende y practica bien este método de exploración.

El Dr. *Kocher* (de Berna) dice que no sabe por qué Rovsing proscribe el separador cuando da un resultado positivo. Le pregunta, además, á Rovsing qué hace cuando el ureter está muy enfermo, ¿lo reseca ó cree que puede curar espontáneamente?

El Dr. *Barth* (de Danzig) entiende que los métodos fundamentales son el cateterismo y la separación; los métodos funcionales no son más que complementarios de éstos. Pero ni los unos ni los otros son de resultado absolutamente seguro; mas no por eso se van á desechar, como no se desechan otros muchos métodos de investigación que adolecen del mismo defecto. No dan una seguridad absoluta, pero sí relativa.

El Dr. *Straus* (de Francfort, sobre el Mein) reconoce que en muchos casos se puede prescindir de la exploración funcional, pero que ésta facilita á veces el diagnóstico precoz; tal sucede en las hemorragias cuya causa no se puede averiguar.

El Dr. *Götzl* (de Praga) juzga que la experimentación en los animales tiene importancia para el diagnóstico. Cuando se encuentran bacilos de Koch en la orina humana, es muy raro que se trate de otra tuberculosis que no sea la renal.

El Dr. *Rovsing* (de Copenhague) contesta á Casper y Kümmell que los métodos empleados por éstos también les han inducido á veces á error, puesto que en algunos casos dejaron de hacer una operación, fiados en dichos métodos, que hubiera sido factible, evitándose así la muerte del enfermo. Así Kümmell, en un caso en que el punto de congelación era 0'60, practicó la nefrotomía y no la nefrectomía, encontrándose con una hidronefrosis y marcando después el punto de congelación 0'56; hizo entonces la nefrectomía, y el punto referido volvió á 0'60. En este caso el método de exploración indujo á error, de tal suerte que si se hubiese tratado de un tumor maligno, Kümmell no habría hecho la operación, no obstante ser necesaria.

No comprende cómo Kapsamer apela al dato del momento en que aparece el azúcar en la orina, puesto que hay casos en los que, aún estando sanos los riñones, la floridzina no provoca la secreción de azúcar.

Todos estos procedimientos son mucho más familiares al fisiólogo y al químico que al médico. Por eso los primeros se burlan de la crioscopia, porque saben que es un método demasiado difícil para aplicarlo á la clí-

nica. Además, debe rechazarse también porque induce á renunciar á operaciones que hubiesen salvado algunas existencias. Las pruebas de la urea y de la floridzina animan al cirujano cuando sus resultados son favorables, pero no deben ser un obstáculo en el caso contrario. El hecho de que la mortalidad de la nefrectomía resulte peor en las estadísticas, es indiferente; lo que importa es operar cuando la operación puede aún salvar una existencia. Con el diagnóstico funcional se consigue que algunos enfermos que se hubieran podido salvar no figuren en la estadística, pero no en bien de los pacientes.

Respecto á la pregunta que ha hecho Kocher, dice el autor que los uréteres enfermos curan cuando la orina recobra su normalidad.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung*). — R. DEL VALLE.

(*Continuará*).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 16 de Junio de 1905.

Extirpación total de la laringe.—El Dr. *Juan Koschier* presenta un individuo al que le practicó el 4 de abril último la extirpación total de la laringe, por padecer de carcinoma de este órgano. Por ahora el paciente está curado, lleva una cánula de chimenea y puede hablar y tragar bastante bien. La operación se hizo en dos tiempos: en el primero la traqueotomía y una semana después la extirpación de la laringe. Los cuidados de la herida se realizaron mediante un tapón de Mikulicz. En otro paciente el autor le extirpó en enero toda la laringe, por el mismo procedimiento, también á causa de carcinoma, y en la actualidad continúa prestando servicio activo como maquinista.

Rotura de la vejiga.—El Dr. *Oscar Föderl* presenta un caso de rotura completa, extraperitoneal y traumática de la vejiga, cuya curación se logró gracias á la operación practicada á las trece horas de ocurrido el accidente. Al hacer la laparotomía media se evacuó una gran cantidad de un líquido sanguinolento y que olía á orina. La vejiga presentaba una rotura completa en la línea media, de dirección anteroposterior y de 7 á 8 centímetros de largo, continuándose desde su extremo posterior, bajo la forma de rotura incompleta, en dos ramas que interesaban la mucosa y que continuaban hasta el trígono. Se cosió la rotura completa, dejando nada más que una aberturita, cuyos bordes se rodearon con peritoneo parietal. A través de esta aberturita se estableció desagüe. Después de haber lavado bien la cavidad peritoneal con grandes cantidades de agua salada y esterilizada, se taponó la cavidad de Douglas y se cerró el resto de la herida abdominal.

El curso ulterior fué por de pronto favorable. A partir del noveno día, el operado orinó espontáneamente. En la quinta semana siguiente á la operación se presentaron síntomas de estrechez intestinal, que provenían de adherencias peritoneales y que exigieron una nueva operación.

El Dr. *José Weinlechner* recuerda el caso que presentó en esta Sociedad, el 12 de enero de 1900, de fístula vesicorrectal traumática, que operó con éxito.

El Dr. *Antonio de Eiselsberg* también se muestra partidario de la operación precoz. En un caso de su clínica cosió por completo la herida de la vejiga. Llama la atención acerca de la gran resistencia de la porción de vejiga que está cubierta por el peritoneo, resistencia que hasta ha inducido á proponer la operación transperitoneal con el objeto de extraer los cálculos vesicales.

Esclerodermia.—El Dr. *Eduardo Spiegler* presenta un caso de esclerodermia debida á estancación, etiología acerca de la cual ha sido Bertoldo Beer el que primero ha llamado la atención en Viena.

Es un sujeto de sesenta años que lleva tres de enfermo. Su esclerodermia está perfectamente limitada por el cuello de la camisa, que marca una especie de surco de estrangulación. El tejido suprayente á este surco está rígido, infiltrado y duro, como transformado en tejido cicatrizal, el pelo falta por completo en la cara, en la piel lisa y cicatrizal y sólo se conserva, pero muy escaso, en el labio superior. Además hay ectropión, ocasionado por la contractura cicatrizal y lagrimeo consecutivo. Además de esto, en el dorso de cada mano se ve una placa esclerodérmica del tamaño de la palma de la mano de un niño, placa cuyo borde corresponde al borde de la manga del vestido. Hace también creer que se trata de una esclerodermia por éxtasis la circunstancia de que la enfermedad se ha iniciado á ambos lados del cuello, en el punto en que se cruzan los grandes vasos con la línea del cuello de la camisa.

Micosis fungoides. — El Dr. *Eduardo Spiegler* presenta un individuo de ochenta y un años, hombre bastante robusto y cuyos órganos interiores están sanos, el cual padece de micosis fungoides. La enfermedad se inició hace dos años con un eczema generalizado, húmedo y que producía un picor sumamente intenso. En la actualidad aparece todo el cuerpo cubierto de tumores de color rojo moreno, que sobresalen algo del nivel de la piel á manera de tortas; radican en la misma piel, se deslizan con ella, tienen por término medio el tamaño de una pieza de dos pesetas y confluyen en algunos puntos hasta formar placas continuas. Sólo algunas de ellas están exulceradas y con su superficie en descomposición gangrenosa. En las extremidades inferiores el color es cianótico, por lo mismo que en ellas las condiciones son más favorables para producir el éxtasis. Los órganos interiores están normales; la orina no presenta ningún carácter patológico; los elementos mononucleares de la sangre están un poco aumentados. No hay nada de leucemia.

Causa de la cortedad de aliento en los casos de neumotórax. — El Dr. *Luis Hofbauer* manifiesta que hasta ahora se venía atribuyendo la disnea del neumotórax á la exclusión brusca de un pulmón. Pero Sauerbruch, ayudante de Mikulicz, ha demostrado lo erróneo de esta hipótesis con el siguiente experimento: Si en un animal al que se le ha producido un neumotórax unilateral, se insufla el pulmón colapsado por su bronquio y se obstruye por completo este último por medio de una pinza de presión, se observa que la disnea desaparece en el acto, á pesar de que el pulmón in-

suflado no interviene para nada en el cambio respiratorio. Sauerbruch explica semejante hecho suponiendo que el pulmón colapsado está hiperemiado y que, por lo tanto, al mezclarse su sangre con la del lado sano, resulta sangre venosa; pero tal hipótesis no se compagina bien con los experimentos de Traube, los cuales han demostrado que el pulmón colapsado no contiene más sangre que su congénere.

La disnea debe explicarse más bien suponiendo que en el lado *sano* sufre menoscabo la respiración á consecuencia del neumotórax del otro lado. La fuerza elástica normal del pulmón sano que auxilia á la expiración en circunstancias normales, desaparece, porque atrae el mediastino hacía sí; en la expiración no puede llegar á haber una presión positiva, porque entonces el mediastino cede y se desvía hacia el lado enfermo.

El quebranto que sufre la acción del pulmón sano es la causa que produce la disnea en el neumotórax.

(*Wiener klinische Rundschau*). — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Empleo quirúrgico del fenol alcanforado. — El Dr. V. Chlumski, aconseja en varias afecciones quirúrgicas el fenol alcanforado, pero en vez de usar el preparado con partes iguales de alcanfor y ácido fénico, recomienda modificar su preparación del modo siguiente:

Acido fénico nivoso	30 gramos.
Alcanfor porfirizado	60 —
Alcohol rectificado	10 —

En los casos de erisipela reciente, se tocan varias veces al día las placas afectadas y sus inmediaciones con el fenol alcanforado. La rubicundez disminuye á las pocas horas y la curación no se hace esperar. Si la erisipela no es reciente, se tocan las partes enfermas con fenol alcanforado, se cubren con algodón hidrófilo mojado en dicho líquido y encima se aplica hule de seda, sujetando todo con un vendaje. La cura se renueva dos ó tres veces al día. La curación se obtiene en pocos días. En los flemones incipientes puede emplearse el mismo tratamiento que en la erisipela; casi siempre se consigue hacerlos abortar, pero si supuran se abre el absceso y se lava su cavidad con 30 á 60 gramos de fenol alcanforado. Las heridas infectadas se lavan con fenol alcanforado y se aplican encima tapones de algodón hidrófilo mojados en dicho líquido. Los tapones se dejan aplicados hasta que la secreción disminuye y después se suprimen empleando sólo los lavatorios.

(*Le Bull. Medical*, 23 agosto 1905). — F. Toledo.

Sobre el desdoblamiento de las grasas en el estómago. — En opinión del Dr. Ernesto Meyer, de Halle, manifestada en el último Congreso alemán de Medicina interna, el desdoblamiento de las grasas neutras que se verifica en el estómago, y que adquiere mayor proporción cuando la grasa se

ha ingerido emulsionada, es de naturaleza principalmente fermentativa, pero el fermento no es producido en el mismo estómago como se viene creyendo, sino que viene del intestino y procede del páncreas.

El Dr. Volhard, de Giessen, objeta que los experimentos hechos en perros no son bastante demostrativos. En cambio, el Dr. Winternitz, de Halle, dice que ha comprobado su exactitud y que tan pronto como se liga bien el píloro en el perro ya no se encuentra el fermento esteatolítico en el estómago, siendo de advertir que en el hombre no es un hecho muy raro el retroceso del contenido duodenal al estómago. — R. DEL VALLE.

Tratamiento médico de las hemorroides. — El Dr. Robin divide el tratamiento de las hemorroides en profiláctico, preventivo y curativo. Los hemorroidarios no deben beber líquidos alcohólicos en exceso, no tomar alimentos excitantes, hacer una vida activa y regularizar las deposiciones, bien por medio de enemas de agua de malvavisco ó de laxantes de los que uno de los mejores es el siguiente:

Ruibarbo en polvo	50 centigramos.
Calomelanos	5 —

Para un sello que se tomará dos ó tres mañanas consecutivas en ayunas.

Como purgante puede usarse el sulfato de sosa á la dosis de 30 gramos disueltos en agua caliente adicionada de agua de Seltz.

El ano debe limpiarse con tapones de algodón mojados en agua tibia, bórica ó de vegeto poco concentrada.

Como tratamiento general pueden prescribirse al interior la tintura de hammamelis virginica ó de hidrastis canadensis á la dosis de X gotas en ayunas ó las tinturas de viburnum prunifolium, de erodium cicutarum ó de castaño de Indias á la de 1 ó 2 gramos.

Contra la turgescencia dolorosa de las hemorroides, se prescribe el reposo absoluto, el régimen lácteo absoluto, los semicupios prolongados de cocimiento de salvado ó de almidón y el uso tópico del agua de Goulard ó los enemas de agua á 36 ó 40°. Si el enfermo no puede guardar reposo, se emplean las pomadas. Una de las mejores es la siguiente:

Ungüento populeón	30 gramos.
Extracto de ratania	2 —
— tebáico	aa. 50 centigrs.
Clorhidrato de cocaína	aa. 50 centigrs.

Si no produce buenos resultados, se emplea la pomada de ortoformo al 1 por 10 ó 1 por 30.

La exudación anal se combatirá por el reposo, los baños y el uso tópico del agua de Goulard; después se seca la región anal, se espolvorea con la mezcla siguiente:

Óxido de zinc	partes iguales.
Talco esterilizado	partes iguales.

Encima se aplica algodón en rama que se sostiene con un vendaje en T.

Si las hemorragias son abundantes, pueden combatirse por la antipirina

de particular se observa en las inmediaciones del oído enfermo; la región mastoidea está normal, no hay dolor á la presión; el conducto auditivo externo está obstruído por un pólipo, habiendo entre éste y las paredes de aquél pequeñas cantidades de pus espeso amarillento y de mal olor. El enfermo, como antes he dicho, se queja de violentos dolores de cabeza, que á pesar de ser difusos, los siente con más intensidad en la región frontal y occipital; por la percusión se comprueba la presencia de un punto doloroso en la fosa temporal izquierda, inmediatamente por encima del arco zigomático. La pupila izquierda está normal, reacciona bien bajo la influencia de la luz, los movimientos del globo ocular se verifican en todos sentidos, menos en el de rotación hacia afuera, que no es tan extenso como en estado normal; la pupila derecha está en contracción, no reacciona á la luz, los músculos funcionan bien; por el examen oftalmoscópico se descubre una neuritis óptica con edema de la papila. El facial derecho está parésico en su ramo inferior; el surco nasolabial y nasogeniano están poco marcados, hay una ligera retracción de la comisura bucal izquierda; cuando el enfermo saca la lengua, ésta se desvía hacia el lado derecho; la fuerza muscular de ambos brazos, lo mismo que la de las piernas, parece ser igual; la sensibilidad en el lado derecho es menor que la del izquierdo; en aquél es necesario clavar la aguja para que el enfermo la sienta. La inteligencia es normal, contesta acorde á cuantas preguntas se le hacen; no hay afasia; el aliento es fétido, lengua saburrosa, no hay apetito, la postración es profunda, los mareos son tan marcados, que bastaba la variación de decúbito para que se manifestaran con gran intensidad. Orina normal, no hay azúcar ni albúmina; pulso 60, regular; temperatura 37°,2.

Día 26: Ha pasado la noche bastante mal, los dolores de cabeza han sido violentos, durante las exacerbaciones el enfermo salta de la cama, pasea por la habitación dando grandes gritos y pronunciando palabras incoherentes; hacia la madrugada se tranquiliza, y poco á poco cae en un estado semicomatoso; en esta situación adopta el decúbito izquierdo; cuando se le llama, abre los ojos, los cierra en seguida y apenas contesta á las preguntas que se le hacen; si se le deja, delira con un delirio tranquilo. Temperatura 36°,6; pulso 50.

En vista de este estado, el enfermo es trasladado al hospital y operado el 27.

Operación. — Afeitada la cabeza y bien desinfectada con éter y

sublimado, practico una incisión horizontal paralela al arco zigomático cuya extremidad posterior, pasando tangente á la inserción superior del pabellón izquierdo, llegaba hasta la región mastoidea; una segunda incisión perpendicular á aquélla forma una T invertida; cohibida la hemorragia y rechazados hacia atrás y adelante los dos colgajos resultantes, queda al descubierto toda la fosa temporal; en la parte más inferior de ella aplico una corona de trépano; la dura madre puesta al descubierto no presentaba nada de anormal; sólo por el tacto se comprobaba que los latidos del cerebro apenas eran perceptibles; con la jeringa de Pravaz en diferentes direcciones se practican varias punciones con resultado negativo; en vista de ello, incisión crucial de la dura madre; una hemorragia arterial de mediana intensidad sobrevino en este acto de la operación, probablemente de la meníngea ó de una de sus ramas; ligado el vaso que daba la sangre, observé que la hemorragia continuaba, pero ahora era venosa y procedía de la pía madre, que sin duda había sido herida al practicar la incisión crucial; después de intentar cohibirla por la compresión sostenida durante algunos minutos con ningún resultado, se coge el punto que daba sangre con una pinza de Pean y se confía á un ayudante; dominado este accidente y reconocida la parte, se observa que la superficie de cerebro puesta al descubierto presentaba en sus tres cuartos postero-superiores una coloración rosácea y amarillenta en su cuarto antero-inferior; el cerebro no tenía tendencias á herniarse, y por el tacto, además de la debilidad de los latidos, se comprobaba una sensación obscura de fluctuación. Con el mismo resultado que antes se hacen nuevas exploraciones con la jeringa de Pravaz; una vez al practicar la aspiración, aquélla sale llena de líquido cefalorraquídeo normal; no más afortunados estuvimos en nuestras investigaciones con el bisturí. Con la pinza cortante se agranda la abertura de la trepanación, principalmente hacia abajo y atrás, hasta darle el tamaño un poco mayor de una moneda de cinco pesetas; de esta manera podíamos reconocer el suelo de la fosa cerebral media; en la parte del cerebro puesta ahora al descubierto se hacen nuevas exploraciones con el bisturí, practicándose por último, y á 4 centímetros de profundidad, una incisión antero-posterior bastante extensa en la parte en que se notaba la fluctuación; por dicha incisión se introducen unas pinzas de Pean, cuyas ramas se mantienen separadas por algunos momentos, obteniéndose el mismo resultado negativo. En vista de ello y á pesar del convencimiento de que en la región

que explorábamos existía una colección purulenta, dimos por terminada la operación.

Diario de observación.—Día 27 por la tarde: El estado del enfermo apenas ha cambiado; sigue el coma. Pulso 50; temperatura 37°.

Día 28: La noche pasada ha sido bastante mala; durante ella no ha cesado un momento de gritar á causa de los dolores de cabeza. Ha sido necesario amarrarle las manos, pues en su delirio quiere arrojarse de la cama y arrancarse el vendaje; una sola vez que durante el día se ha conseguido que tome una poca de leche, la ha vomitado; los demás síntomas permanecen en el mismo estado. Temperatura 36°,6 y 37. Pulso, 50 y 50 respectivamente.

Día 29: Se encuentra mejor; el estado comatoso no es tan acentuado, la inteligencia está más despejada y aunque con alguna apatía, contesta á cuantas preguntas se le hacen. El mismo refiere que durante la noche pasada los dolores de cabeza fueron cediendo poco á poco, que empezó á recobrar la inteligencia, pidiendo al enfermero de guardia que le quitase las ligaduras que le sujetaban las manos; después queda dormido por espacio de cinco horas. Temperatura, 36°,8 y 38; pulso, 60 y 70. Cambio de vendaje. Quitadas las gasas y las capas de algodón, llama desde luego la atención la cantidad de pus que impregnabá las gasas y que bañaba la herida; limpia ésta, se ve en la superficie del cerebro una fístula, por la cual fluía el pus de una manera pulsátil; inmediatamente con un bisturí dilato aquélla, salen nuevas cantidades de pus y reconozco una cavidad que se dirigía hacia atrás, adentro y un poco hacia arriba, con una profundidad de tres traveses de dedo; esta cavidad era uniforme y tenía las paredes lisas. Lavado y desagüe con una mecha de gasa esterilizada; el pulso después de la curación asciende de 60 á 70.

Octubre 1.°: Temperatura, 36°,8 y 37°,5; pulso, 66 y 70. El enfermo, después de la curación del día anterior, se ha quejado de dolor de cabeza, pero sin llegar á alcanzar la intensidad de los días anteriores; la noche la ha pasado en un ligero coma; al cambiar el vendaje se observa que la cavidad del absceso se ha reducido grandemente; la masa cerebral tiene tendencias á herniarse.

Octubre 2: Temperatura, 36°,8 y 37°,6; pulso 66 y 66. Existe una gran mejoría; la noche ha sido buena, no ha habido dolor de cabeza, el enfermo por sí solo se sienta en la cama durante horas enteras sin sentir el menor mareo, ha desaparecido la paresia del facial y la anestesia del lado derecho, la neuritis óptica es menos marca-

da, pudiéndose reconocer los contornos de la papila. La cavidad del absceso es menor, pero la hernia cerebral es mayor y tiene el tamaño de una castaña; la superficie tiene una coloración rojiza.

Octubre 3: Temperatura, 36°,8 y 37°,8; pulso, 70 y 70. El mismo estado.

Octubre 5: No hay fiebre. Pulso 70. La hernia presenta una coloración negruzca. Se suprime el desagüe del absceso.

Octubre 7: La escara de la hernia empieza á desprenderse.

Octubre 10: Caída de la escara, quedando al descubierto una superficie roja de buen aspecto; la hernia es menor.

Noviembre 1.° El enfermo abandoua el hospital y viene á curarse á la policlínica, donde se cambia el vendaje cada dos ó tres días. En esta fecha se hace la extirpación del pólipo del oído; el examen otoscópico nos hace ver el mango del martillo un poco retraído, la membrana timpánica roja y tumefacta; en el segmento postero-inferior existe una perforación del tamaño un poco menor del de una lenteja, al través de la cual se ve la mucosa del oído medio roja y un poco granulosa.

Tratamiento. — Lavados con ácido bórico é instilaciones de algunas gotas de glicerina fenicada al 6 por 100.

Noviembre 20: La hernia cerebral apenas rebasa el nivel de la abertura de la trepanación; el oído supura muy poco.

Diciembre 20: Herida craneal epidermizada; en el sitio de la trepanación se nota un ligero hundimiento; el oído está seco desde hace una semana que ha cesado de supurar; encontrándose bien, se embarca de nuevo para seguir ejerciendo su oficio de cocinero. En marzo de 1905, en que le vi por última vez, se encontraba bien.

No obstante que en el caso descrito no es difícil darse cuenta de las diferentes fases por las cuales ha pasado el enfermo, creo que algunos puntos de la historia clínica merecen alguna consideración.

Otorrea antigua que durante mucho tiempo permanece estacionaria, es la enfermedad fundamental; formación de un pólipo que. dificultando la salida del pus, favorece su retención en la caja, marca la primera complicación: propagación del proceso inflamatorio á la cavidad craneal, dando lugar á una meningitis circunscrita, y como consecuencia de ella, á una paresia del motor ocular externo, marca la segunda, y como etapa final, el absceso cerebral.

En efecto, los dolores de cabeza, los mareos, los vómitos, la neu-

ritis óptica, la lentitud del pulso, el delirio y el coma, indicaban un aumento de presión intracraneal; los síntomas de foco, disminución de la sensibilidad en el lado derecho, la paresia del facial del mismo lado, una lesión mecánica ó inflamatoria de la extremidad posterior de la cápsula interna; el dolor fijo en la fosa temporal izquierda, la existencia del absceso en el lóbulo temporo-esfenoidal, y por último, la temperatura subnormal, que á más de confirmar el diagnóstico, nos indicaba la ausencia de todo proceso flogístico difuso.

Una vez hecho el diagnóstico, claro está que la indicación era dar salida al pus; para ello podíamos seguir dos caminos: la vía mastoidea ó la craneal. Hoy que la etiología de los abscesos cerebrales de origen ótico nos es bastante conocida, no cabe duda alguna que el primer procedimiento debe ser el de elección y reservar el segundo sólo para casos determinados. Nosotros podemos seguir paso á paso el camino recorrido por los gérmenes sépticos desde las cavidades auriculares hasta el mismo cerebro; la lesión que primitivamente radica en la mucosa se extiende á las paredes óseas, las destruye en una extensión mayor ó menor y penetra en el cráneo; una vez aquí, la vemos interesar sucesivamente las meninges, dando lugar á inflamaciones circunscritas, que en ocasiones alcanzan hasta el mismo cerebro, resultando la formación de colecciones purulentas extra ó intradurales unas veces y otras la existencia de adherencias de esas partes entre sí. De ordinario, el absceso cerebral está situado en la proximidad de esas lesiones. Fácil es comprender la grandísima importancia que tiene el conocimiento de esto cuando vamos á operar un absceso cerebral, pero para encontrar mejor aquéllas, será necesario buscarlas en su punto de partida, y por consiguiente, empezar por trepanar el antro y oído medio. Una vez estas cavidades al descubierto, estaremos en situación de reconocer sus techos, donde quizás nos encontraremos con un punto carioso, una fístula ósea que, siguiéndola nos llevará á una paquimeningitis, desde donde, por lo que queda dicho, nos será más fácil orientarnos en busca del foco de pus. En resumen, este procedimiento nos proporciona el camino más corto y seguro para alcanzar nuestro objeto.

Desgraciadamente, los hechos no se suceden siempre de la misma manera, y aunque rara vez se observan casos en los que la colección purulenta se fragua á distancias relativamente grandes de aquellas lesiones meníngeas, el proceso inflamatorio desde el hueso careado ó las meninges inflamadas no se propaga por continuidad

al interior del cerebro; los gérmenes sépticos, para llegar á él, aprovechan caminos ya formados, como son las venas, los espacios linfáticos perivasculares, y según Macewen (1), también las arterias; inflamados, trombosados esos vasos, las partículas sépticas desprendidas serán arrastradas bien en dirección de la corriente sanguínea cuando son las arterias, ó bien por una corriente retrógrada cuando son las venas, á una distancia más ó menos grande, según el tamaño del trombus y el calibre del vaso que lo conduce; ahora bien, todos los vasos que desde la pia se dirigen al cerebro ó que desde éste se dirigen á aquélla, se dividen en medulares y corticales; éstos se resuelven en las circunvoluciones, aquéllos penetran en la substancia blanca á una profundidad de 4 ó 5 centímetros; cuando los primeros son los trombosados, el absceso se formará á muy poca profundidad y estará separado de la superficie, como dice Korner (2), por una lámina de substancia cerebral, de pocos milímetros de espesor, pero cuando los trombosados son los medulares por la razón dicha, el absceso se formará en la substancia blanca y á una profundidad de 4 ó 5 centímetros. Es necesario, sin embargo, guardarse de dar demasiada importancia á estos datos deducidos de hechos anatómicos, porque un absceso desarrollado á esa profundidad puede en su crecimiento excéntrico aproximarse á la superficie del cerebro y encontrarnos entonces en las mismas condiciones que en el caso anterior.

Sea de ello lo que quiera, claro está que en presencia de esos casos la vía mastoidea puede no ser ya el camino ni más cierto ni más seguro; empezaremos por la trepanación de las cavidades auriculares si la creemos indicada, pero la abertura del cráneo la practicaremos en el punto más inmediato á la región del cerebro en la cual hayamos diagnosticado la existencia del absceso. Si tenemos en cuenta que este diagnóstico muchas veces es problemático, comprenderemos fácilmente la necesidad de recurrir sucesivamente á los dos procedimientos cuando el puesto en práctica no nos haya dado resultado.

En vista de estas consideraciones, ¿qué camino debíamos escoger en nuestro enfermo? Por las razones siguientes, nos decidimos por la vía craneal. El dolor fijo y circunscrito en la fosa temporal y que unido á la falta de trastornos en el lenguaje, nos hacían presumir

(1) Pyogenie Infective disease of the Brand and Spinal Cord.

(2) Die Otitischen Erkrankungen des Hirns der Hirnhäute und der Blutleiter.

que el absceso estaba situado por delante de la base del lóbulo temporal; el estado comatoso del enfermo, en el cual sería peligroso la conmoción producida por los golpes de martillo necesarios para hacer la trepanación de la mastoide, y por último, por creer ésta innecesaria, como el curso ulterior del padecimiento lo ha venido á demostrar. Por otra parte, hemos admitido entre el proceso auricular y el absceso cerebral una meningitis circunscrita, y como consecuencia de ella, una paresia del motor ocular externo del lado izquierdo; esto nos indicaba que el camino seguido por la infección era al través de la pared superior de la caja ó la de la trompa de Eustaquio. No hay inconveniente en llegar en nuestras exploraciones á esas profundidades cuando al término de ellas podamos dar fácil salida á la supuración; pero como esto, por lo expuesto, no era probable, renunciamos por esta razón más al método transmastoideo y optamos por el craneal.

Ya se ha visto por la historia clínica el resultado de nuestro proceder; el absceso estaba situado más hacia atrás y arriba del sitio donde nosotros lo habíamos buscado. Parece esto, á primera vista, hablar en favor del método mastoideo, pero basta reflexionar un momento sobre los detalles de la operación para desechar tal idea; en ambos casos nuestra situación habría sido igual, porque si para encontrar el absceso desde el punto por nosotros elegido era preciso prolongar hacia atrás y arriba la abertura de la trepanación hecha, en cambio, siguiendo aquel método nos hubiéramos visto obligados á prolongarla muy hacia arriba; en los dos casos el punto de partida estaba lejos, aunque en diferentes direcciones del sitio del absceso; creo que el camino elegido era bueno, y sin duda alguna nos hubiera dado resultado si este diagnóstico hubiese sido verdad. Los dos datos que nos sirvieron de guía en nuestra terapéutica, uno no ha resultado cierto, el otro lo interpretamos mal; el dolor fijo y circunscrito en la fosa temporal no ha tenido en este caso la importancia diagnóstica que para la localización del absceso le han querido dar algunos autores, y en cuanto á la falta de trastornos del lenguaje, no enjuiciamos con la debida exactitud; es cierto que el centro de Wernicke estaba intacto, pero de este hecho no debimos deducir desde luego que el absceso estaba situado por delante de la extremidad posterior de la primera y segunda circunvolución temporal, puesto que lo mismo podía estar por dentro ó por encima de él, que es lo que probablemente sucedía en nuestro enfermo.

Una vez practicada la abertura del cráneo aconsejan unos, ex-

plorar el cerebro al través de la dura madre intacta, por medio de la jeringa de Pravaz ó con otro trócar, en tanto que otros incinden desde luego dicha membrana practicando la exploración con el bisturí. Esta diferente manerá de proceder creo que no tiene la importancia suficiente para ser motivo de grandes discusiones; á mi juicio, la cuestión está resuelta; si á las punciones con la aspiración consiguiente por medio de la jeringa de Pravaz como medio de diagnóstico, no se le puede dar gran valor, resultará que nuestra conducta terapéutica nunca podrá ajustarse á los resultados negativos que de ellas obtengamos, más que en casos determinados. El calibre de la aguja de Pravaz es sumamente reducido, y debido á esta circunstancia puede fácilmente obstruirse al atravesar la substancia cerebral ó cuando el pus sea muy espeso. ¿Vamos, por consiguiente, á dar por bien explorada una zona cerebral cuando después de varias punciones obtengamos un resultado negativo? Indudablemente que no. Una vez me ha sucedido ver salir el pus al través de una punción hecha con el bisturí, después que la misma región del cerebro había sido ya explorada inútilmente con la aguja de Pravaz. Podemos provisionalmente contentarnos con ellas cuando en el curso de una supuración aguda ó crónica nos encontremos con síntomas vagos é indeterminados de irritación cerebral y en los cuales, al practicar la trepanación, nos encontremos cariosas las paredes que separan las cavidades auriculares de la masa encefálica; pero esto, como se comprenderá, no es más que un compás de espera, es la terapéutica aconsejada por la experiencia de que aquellos síntomas muchas veces desaparecen, una vez extirpado el foco del mal; pero desde el momento que esos síntomas vagos é indeterminados vayan acentuándose cada vez más ó que se presenten otros que hagan probable el diagnóstico de absceso cerebral, entonces no debemos contentarnos sólo con lo hecho, sino que después de incindida la dura madre, practicaremos con el bisturí las punciones ó incisiones que juzguemos necesarias. Siempre en estos casos debemos extremar las reglas de asepsia y antisepsia y tener siempre presente que operamos en la inmediación del foco séptico auricular y que el peligro de la infección de la pia es grande cuando esta membrana la hemos puesto al descubierto; pero conjurado este peligro, las punciones é incisiones exploradoras sobre el cerebro no tienen gravedad; yo por mi parte no he tenido que lamentar accidente alguno. Recientemente he visto practicar al hábil cirujano de este hospital, el Dr. López Carmona, punciones repetidas con la

aguja y bisturí en el lóbulo frontal de un niño en quien por los síntomas se suponía un absceso cerebral; aunque la sospecha no se confirmó, el niño curó de su herida operatoria sin más contratiempo que el de ser retardada por la formación de una hernia, y esto á pesar de la hemorragia que sobrevino después de una de las exploraciones hechas con el bisturí, y que por espacio de algún tiempo se llegó á temer por la vida del operado.

En resumen, si después de hecho un estudio detenido y profundo del caso, puesto á contribución cuantos elementos nos proporciona la ciencia, llegamos á establecer el diagnóstico probable de absceso cerebral, creo que es perder el tiempo empleado en practicar punciones exploradoras al través de la dura intacta; hecha la trepanación, debe incindirse crucialmente esa membrana. Esta regla tiene, además, mucha importancia, puesto que nos permite estudiar las modificaciones que en el cerebro existen y que nos pueden ser de gran utilidad diagnóstica; en nuestro enfermo el cerebro no tenía tendencia á herniarse al través de la abertura de la trepanación, pero en cambio observamos tres síntomas bastante significativos: diferencia de coloración, amarillenta en su cuarto-antero-inferior y rosácea en sus tres cuartos póstero-superiores, debilidad de los latidos, y sobre todo al tacto, una sensación no de fluctuación clara, sino de blandura y pastosidad en una parte, y que contrastaba con la mayor consistencia que presentaban las regiones inmediatas. Estos datos, que confirmaban mi diagnóstico, eran los que me alentaban á persistir en mis exploraciones.

Si procediendo de esta manera no conseguimos dar salida al pus, nos quedará, como en nuestro enfermo, la remota esperanza de que aquél se evacúe al exterior por una de las punciones ó incisiones hechas después de haber destruído la delgada lámina de substancia cerebral que quizás de una de ellas la separaba, terminación imposible si nos hubiéramos limitado á la punción exploradora sin el desbridamiento de la dura, pues no encontrando entonces el pus camino al exterior, se derramaría por la superficie del cerebro, y como consecuencia, tendríamos una meningitis rápidamente mortal.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. *Dermatobia cyaniventris* en el hombre — II. El tracoma y la raza. — III. El tabaco y la tuberculosis. — IV. Etiología de la viruela. — V. Vértigo marino.—VI. Nueva enfermedad de la leche.—VII. Los microorganismos saprófitos y las infecciones oculares post operatorias.—VIII. Sobre la unidad de las tuberculosis.

I. El Dr. E. Cuervo, bacteriólogo del laboratorio de la Isla de Cuba, ha estudiado un caso de parasitismo humano producido por la *Dermatobia cyaniventris*, díptero, que en el ganado vacuno deposita sus huevecillos en el pelo del animal; las larvas, una vez desarrolladas, perforan la piel y evolucionan debajo de ésta.

El caso de referencia es el siguiente: una mujer de Cidra (Matanzas) notó en el brazo una pequeña chapa circular, que se puso roja á los dos ó tres días, se hizo prominente y fué asiento de escozor; veíase en el centro una perforación, por la que asomaba su extremidad un cuerpo extraño, que huía al tocar con el dedo; un médico incindió el tumor y dentro de éste encontró una larva, piriforme, segmentada en anillos, y cuya extremidad encefálica era mucho más pequeña que la ventral.

Después de este caso fueron observados otros en niños y adultos. Cuervo conceptuó el parásito como *Dermatobia cyaniventris*, y de su opinión fueron los Dres. Vega, Schweger y Lecuona, de Matanzas, que estudiaron los primeros casos en esta ciudad. (*Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, 25 diciembre de 1904).

II. En el Congreso médico de Copenhague, Chibret formuló la ley que rige la distribución del tracoma en Bélgica, Francia y Suiza: no es contagioso á más de 200 metros de altitud.

Mello Barreto, de San Pablo (Brasil), tratando de este mismo asunto (*El tracoma ó conjuntivitis granulosa. Influencia de las altitudes y de las razas.—Anales de Oftalmología*, diciembre de 1904), dice que en San Pablo es falsa esta ley, y discurriendo sobre esta contradicción, se inclina á admitir la influencia de la raza, como hace Chibret, quien dice que en Francia y en Bélgica habitan los celtas por encima de 200 metros.

Esto ha impulsado á conocer la distribución de los celtas en Europa y ha enseñado que este pueblo es casi inmune, y que si un individuo es contagiado, el germen pierde energía para otros celtas. Lo mismo ocurre con Baviera y Wurtemberg. Sólo hay una excepción, el Piamonte, y ésta es aparente, ya que la raza ligúrica, si bien es braquicéfala, lo es mucho más que la celta, tal vez por los cruzamientos entre ésta y la italiana, que es dolicocéfala. La raza italiana, en Europa y en San Pablo, tiene gran receptividad para el tracoma, y en cambio en otras regiones (Baviera, Bohemia, meseta central de Francia) habitadas por celtas, sólo se presenta el tracoma en los extranjeros.

La historia comprueba la ley de Chibret relativa á los celtas.

Decondé dice que al regresar el ejército francés de Egipto, no transmitió á los franceses, casi todos celtas, sino un virus muy atenuado, en tanto que contagió y gravemente á los italianos. Así debe aceptarse, en contra de lo afirmado, cayendo en error, por otros autores. El ejército italiano contagió al austriaco, y los italianos siguen propagando el tracoma en el Brasil, en donde es endémico á 500 metros de altura, hecho contrario á la ley de altitud de Chibret.

El tracoma, pues, más que á la altura sobre el nivel del mar, obedece á la influencia étnica : casi exentos los celtas, los latinos lo van propagando entre sus similares.

III. El Dr. Petit ha publicado un trabajo (*Revue internationale de la tuberculose*) sobre el peligro de fumar en sus relaciones con la tuberculosis.

Asegura : 1.°, que en los esputos de los fumadores hay numerosos bacilos ; 2.°, que la nicotina obra como tóxico del tejido pulmonar, destruyéndolo lentamente ; 3.°, que poniendo esputos con bacilos tuberculosos en un tubito de ensayo que contenga una maceración de tabaco, la multiplicación de aquéllos es extraordinaria.

De estos hechos deduce, aparte de la conveniencia de instruir á las masas acerca del contagio mediante los esputos, que se ha de combatir el alcoholismo y el tabaquismo, que estas enseñanzas han de comenzar en la escuela, y que en los lugares cerrados no debe fumarse, no sólo por conveniencia y educación, sino también como medio de profilaxis.

IV. La etiología de la viruela ha motivado numerosas investigaciones, y de ellas resultó el hallazgo de numerosos gérmenes, cuya valía causal no ha sido comprobada.

Pfeiffer, de Weimar, halló constantemente en la epidemia de 1887

un *esporozoario* en los granos de viruela y de vacuna, esporozoario que ha sido también encontrado en la varicela, escarlatina y herpes zóster; Van der Loeff (1887) dió con unos cuerpos movibles, que creyó *rizópodos*, en las linfas variólica y vacúnica; Guarnieri (1892) llamó *cytorrhyctes vaccinæ ó variolæ* á los protozoarios intracelulares que encontró en el tumor epitelial producido en la córnea del conejo con las inoculaciones del contenido de las pústulas de viruela ó de vacuna; Le Dantec (1894) aisló en la viruela un estreptococo, muy diferente del de la erisipela, al que denominó *variolococo*, por considerarlo como el agente patógeno; Reed (1897) notó en la sangre de niños variolosos y en la de terneras y macacos inoculados con linfa vacuna, unos pequeños cuerpos amiboideos, movibles, granulosos, parecidos á los vistos por Pfeiffer y que sólo aparecen en el período febril, pero dice que corpúsculos análogos hay en la sangre normal de niños y macacos; Roger y Weill aceptan un parásito animal; Funck, director del laboratorio de Bruselas, sostiene que el protozoario de Pfeiffer es el agente productor de la viruela, y cree haberlo inoculado con éxito á los animales; Salmon, en el laboratorio de Metchnikoff, dice de estos protozoarios que son pseudoparásitos, cromatina más ó menos condensada y residentes fuera ó no de las células epiteliales; Zuckel opina que todos esos protozoarios no son más que productos del protoplasma celular del epitelio; Kent admite que una bacteria, un diplobacilo, es el microbio patógeno.

El Dr. Arthur Mendonça, ayudante del Instituto bacteriológico de San Paulo, ha efectuado numerosos y bien hechos experimentos, y funda en ellos las siguientes conclusiones (*Etiologia da variola*). — *Revista médica de San Paulo*, 1905:

1.ª En la sangre, vesículas, exudado faríngeo, jugo de los órganos de los variolosos, no hay un germen al que se pueda atribuir la causa de la infección.

2.ª En las pústulas hay un microbio de gran virulencia muy semejante al bacilo de Löffler.

3.ª Mediante los cultivos es muy fácil diferenciar este microorganismo de los bacilos pseudodiftéricos no patógenos. Con la inoculación en los animales se logra distinguir el *bacillus V* del bacilo de Löffler.

4.ª Las lesiones que en el perro produce el bacilo V en cultivo puro, son idénticas á las que obtuvo Sanfelice en Italia cuando inoculó á dichos animales emulsión de pústulas variolosas. Esto demuestra que en la emulsión debía estar el bacilo V.

5.ª En el perro, después de las inoculaciones con el bacilo V, el eritema, las pústulas en las partes no pilosas, las lesiones corneales y de la mucosa bucal, forman un cuadro que se parece mucho al de la viruela en el hombre.

6.ª La inmunización de los animales se obtiene con gran facilidad empleando cultivos vivos del bacilo V. Aun después de una sola inoculación, el suero del animal presenta ya propiedades preventivas ó curativas muy acentuadas.

7.ª Los sueros de individuos que padecieron la viruela, de ternera vacunada con la vacuna jenneriana y la aplicación de esta vacuna en inyección subcutánea, no ejercen influencia alguna en los animales inoculados con el bacilo V.

8.ª El suero del animal inmunizado contra el bacilo V parece exaltar la virulencia de la vacuna jenneriana en la ternera.

V. El Dr. Binz publicó en 1903 (*Centralb. für innere Med.*, núm. 29) un trabajo interesante sobre el *mareo producido por el mar*, el mal de mar de los franceses. Daba como patogenia la anemia cerebral causada por vasoconstricción, hipótesis que le fué sugerida por ser la palidez el primer síntoma, y que demostró ser exacta mediante experimentos en animales; como consecuencia recomendaba los vasodilatadores: cloral, nitrito de amilo, etc.

Un médico de la marina rusa, Hagen Torn, creyó estas ideas muy plausibles, y en su apoyo ha aportado numerosas observaciones personales; pero opina que todavía está por averiguar cómo obran los movimientos y oscilaciones del buque para producir la vasoconstricción; de estudios en sí mismo y en unos 50 oficiales de á bordo, deduce que se trata de un fenómeno reflejo debido á la imposibilidad de adaptar el cuerpo á las condiciones continuamente de cuanto le rodea, es decir, á un trastorno de coordinación provocado por una causa situada fuera del organismo. En favor de sus ideas cita los siguientes hechos:

1.° No todos se marean, ni los que lo hacen son molestados en igual grado ni de la misma manera: en unos basta la visión de un barco oscilando en el agua; otros están exentos hasta en los temporales más grandes; aquéllos tienen muy poco poder de adaptación, éstos poseen en su mayoría un sistema nervioso casi insensible á estas excitaciones.

2.° Los que se embarcan sanos de cuerpo y espíritu sufren menos el mareo que los fatigados, los que tienen privaciones, etc.

3.° Los que se marean empiezan por enmudecer y ponerse pálidos;

después de la estación vertical pasan á sentarse y al fin se acuestan. Algunos han observado que extendidos en su camarote son menos sensibles al mareo. El autor ha notado que si estando en la mesa se sentía mal, mejoraba recostándose y más todavía tendiéndose.

Estos hechos demuestran el influjo de la posición horizontal, que obra porque aumenta la superficie de contacto del cuerpo con los objetos que lo rodean, y así reduce mucho el esfuerzo que éste hace para conservar su equilibrio.

4.° Argumentos análogos proporcionan los hechos fisiológicos diarios. Si desde lo alto de una torre elevada se mira á la región subyacente, se nota una sensación agradable en tanto que el ángulo formado por el rayo visual y el suelo no pasa de cierto grado; pero si se mira directamente abajo, á lo largo de la pared vertical, hay sin demora malestar y vértigo: no teniendo el ojo puntos de referencia para apreciar la altura, cesa de pronto la posibilidad de que se adapten los músculos oculares y aparece el vértigo.

Lo mismo ocurre cuando se da vueltas sobre sí mismo con rapidez ó cuando se marcha en coche fijándose en el camino.

5.° El mareo no suele notarse en barcos pequeños por fuertes que sean las oscilaciones, pues en este caso el cuerpo no necesita adaptarse para conservar su equilibrio ya que la rapidez de sus movimientos es casi la misma que la del buque.

6.° Se corre menos riesgo de sufrir el vértigo marino cuando los movimientos ondulatorios se producen en un solo arco del buque, transversal ó longitudinal; por el contrario, es mayor cuando son irregulares, violentos é inesperados

Opina que sería un gran medio preventivo tener los camarotes suspendidos, pero es poco práctico y no ha sido empleado. (*Gazz. degli osped.—Gaz. des hôp.*, 1905).

VI. Debains y Desoubry han hecho investigaciones sobre una enfermedad de la leche, que ataca la crema y la hace filamentosa como la melasa. El lactoplasma, ó masa de la leche desprovista de los glóbulos grasos, no sufre alteración alguna. Deducen de sus estudios que el padecimiento es debido: 1.°, á una diplobacteria areolada, que no se tiñe con el método de Gram; 2.°, á un bacilo fino y largo que sí se tiñe con éste.

Como tratamiento prescribieron la desinfección metódica y seria de los locales por que pasa la leche (establos y lecherías). En los seis meses que lo han empleado, la leche no ha presentado nada de anormal. (*Bull. vétérinaire*, 1905).

VII. La conjuntiva normal contiene muchos microorganismos, considerados hasta hace poco como saprófitos de todo punto inofensivos, pero entre los cuales se sabe ya hoy existen algunos que en ciertas circunstancias no son tan inocentes como parece.

Olbrich ha analizado un buen número de los trabajos existentes sobre este punto y ha probado, además, que casi todos los saprófitos, inoculados en la cámara anterior ó en el cuerpo vítreo, producen lesiones graves. Los casos clínicos publicados son pocos y menos todavía aquellos en que se hizo análisis bacteriológico completo.

La Sra. Kostalsky ha publicado dos casos (1897) de panoftalmía debida al *bacilo pseudodiftérico;* Olbrich, uno de iridociclitis post-operatoria provocada por el *bacillus subtilis;* Silberschmidt y Keyser, tres determinados por este mismo. Ahora Goffrin ha tenido ocasión de estudiar tres casos de infección ocular post operatoria (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1905) en los dos últimos años: una iridociclitis producida por el *micrococcus candicans;* una panoftalmía, tardía y tórpida, ocasionada por el *xerobacilo*, y una iritis supurativa engendrada por el *bacillus mesentericus* y el *estafilococo blanco.*

Estos casos explican el por qué á las veces las desinfecciones más rigorosas no ponen al abrigo de las infecciones post-operatorias.

VIII. Varios autores han logrado infectar á animales de sangre fría con el bacilo tuberculoso humano, las ranas entre otros. Por otra parte, Dubard en una carpa, Friedmann en una tortuga, Weber y Tante en ranas, han aislado bacilos ácidoresistentes idénticos á los que existen en los animales infectados experimentalmente.

Kuster ha hecho nuevos estudios sobre la tuberculosis espontánea de las ranas, y en 200 examinadas la ha encontrado tres veces. Se caracteriza por haber en el hígado numerosos nódulos que contienen una masa cremosa, blanquecina, muy abundante en bacilos ácidoresistentes, del todo iguales á los de Koch y que se desarrollan mejor que éste en los medios de cultivo, sobre todo en los glicerinados. Inoculados estos bacilos á ranas, lagartos, peces, producen una infección generalizada mortal; en los animales de sangre caliente no siempre es mortal: á las seis semanas después de inyectados en la cavidad peritoneal de un conejito de Indias se nota, al hacer la autopsia, especialmente en el epiplón y bazo, granulaciones semejantes á las de las tuberculosis verdaderas y que albergan en su centro numerosos bacilos. Lo mismo se observa en la rata blanca. (*München. med. Wochens.*, 1905).

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Actitud que debemos guardar en los casos de inercia uterina especialmente por lo que á las aplicaciones de forceps se refiere.—El Dr. Ruiz Contreras, publica en la *Revista de Medicina y Cirugía*, el siguiente artículo:

«La *inercia uterina* es por demás frecuente; no hay tocólogo que no la haya observado infinidad de veces, ni médico que no la conozca.

Puede presentarse en todos los períodos del parto; es excepcional al principio dando lugar al llamado *retroceso del trabajo*, en el que, cesando las contracciones, el cuello que estaba en vías de borrarse, vuelve á su estado anterior prolongándose días y aun semanas el embarazo; es tanto más frecuente cuanto más adelantado está el parto, de manera que casi siempre se la observa en el período de expulsión: la dilatación del orificio uterino es completa, las membranas se han roto espontánea ó artificialmente y, si no existe obstáculo que se haya opuesto á su descenso, la cabeza fetal (1) se apoya en el suelo de la pelvis.

Es común que la inercia se acentúe al romperse las membranas, especialmente si el útero estaba muy distendido por una gran cantidad de líquido amniótico ó bien después de algún tiempo de lucha con el periné; las contracciones, que podían haber sido normales ó notablemente enérgicas durante el período de dilatación, van apareciendo á intervalos cada vez más largos, se hacen menos duraderas y más débiles y la matriz puede caér en la paresia más extrema.

Generalmente, transcurridas una ó dos horas, las contracciones reaparecen con sus normales caracteres y el fin del parto no se hace esperar; pero otras veces pasa mucho más tiempo sin que cambie la situación en lo más mínimo. Con mucha frecuencia somos llamados en tales circunstancias.

¿Practicaremos desde luego una aplicación de forceps accediendo á las instancias de la paciente y de sus allegados?

Si la salud del feto y de la madre no se halla comprometida y si no existe algún obstaculo material que se oponga á la expulsión, puede y *debe* esperarse, porque una aplicación de forceps no debe nunca tender á otro fin que al de librar á la madre ó al hijo de algún daño ó peligro que les amenace y no debemos olvidar que en cambio no siempre resultará completamente inocente tal aplicación aun practicada por un hábil profesor.

Mme. Lachapelle decía: «*Ce n'est pas une chosse indifferente qu'une aplication de forceps; l'on ne doit pas s'y decider á la lègère et pour des craintes vagues et fondées sur des probalités tres douteuses*» y los maestros modernos no difieren en esa opinión á pesar de disponer de instrumentos más perfeccionados y de conocer una técnica mejor estudiada. La mortalidad infantil

(1) Siendo mi objeto poner de manifiesto el abuso del empleo del forceps en tales casos y no admitiendo su aplicación sobre las nalgas, me referiré tan solo á las presentaciones cefálicas y especialmente á las de vértice.

es mucho mayor en las estadísticas que se refieren á partos terminados con el forceps; son también más frecuentes los desgarros del periné y aumentan las probabilidades de infección.

Por otra parte, la inercia uterina no compromete en nada la salud del feto ni de la madre. El estetóscopo nos permitirá percibir los latidos fetales sin alteración de frecuencia, ritmo, ni tonalidad, pudiendo deducir de ello que la circulación uteroplacentaria no sufre la menor perturbación. Faltando la contracción del útero no hay compresiones, hasta el punto de que ni siquiera se forma elevación serosanguínea; puede, pues, decirse que el feto vive como en los últimos tiempos del embarazo.

Algunos autores señalan como indicación de intervenir, que el líquido amniótico esté teñido por meconio; ciertamente este signo indica sufrimiento del feto; pero puede referirse á un estado que ya ha desaparecido y en realidad el único signo á que debemos dar importancia es al que nos proporcione el estetóscopo.

Por lo que á la madre se refiere, tampoco correrá riesgo alguno siempre que la mantengamos en las mejores condiciones de asepsia; ni sufrirá fatiga, ni agotamiento de fuerzas, ni se expondrá á fístulas en los tejidos comprendidos entre su pelvis ósea y la cabeza fetal, pues no se comprimirán con violencia, como sucedería en caso de que existieran contracciones enérgicas.

Pajot decía para tales casos: que «*nada puede hacerse tan difícil como no hacer nada*»; pero sobre todo aumentan las dificultades y se hace agobiadora la situación del facultativo, que obrando en conciencia se abstiene de verificar una operación, cuando ha de luchar con los ruegos y aun protestas de la enferma ó sus allegados, que le esperaban ansiosos para ver terminado pronto un parto que llevaba ya larga duración.

Es entonces cuando el médico debe más que nunca revestirse con todos los caracteres que Dionis describía. Tranquilicemos á nuestros clientes asegurándoles que no dejaremos pasar la oportunidad de intervenir si la indicación se presentara; digámosles que nuestra misión no es otra que la de cuidar de su salud y que al forzar el parto haríamos correr algún riesgo al ser que va á dar á luz y al que á ninguna influencia nociva tenemos derecho á someter.

A pesar de proceder de este modo, alguna vez he sabido que se había tratado de llamar á algún facultativo de más resolución (?) que yo para que me sustituyera. Esta es una de las causas por las que, á poco que pueda, guardo la plaza; conviene además que no nos alejemos de la enferma, porque ciertas comadres aprovecharían nuestra ausencia para intentar alguna maniobra que pudiera ser de funestos resultados.

Conozco de esto numerosos ejemplos; pero uno sobre todo me parece digno de ser referido.

Una noche se me llamó para socorrer á una parturiente, que hacía ya muchas horas se hallaba en trabajo y en la que se había ido manifestando la mayor inercia del útero.

Examiné á la paciente, y como nada indicaba una intervención, me concreté á dar algunas prescripciones y me marché encargando que si á primera hora de la mañana siguiente no se había terminado el parto se me avisara de nuevo.

Pasadas algunas horas seguía todo en igual estado y la comadrona tomó el partido de intervenir, para lo cual pidió se la presentara una persona de fuerza; los que se hallaban presentes acordaron que nadie sería más á propósito que un vecino, que ejercía el oficio de mozo de cuerda. Este se personó muy pronto y según las reglas dictadas por la profesora comadre practicó una expresión tan enérgica que obtuvo el fin tan deseado, no empero sin algún quebranto, que retuvo á la enferma mucho tiempo en la cama y se comprende fácilmente que las consecuencias pudieran haber sido funestas.

Vigilemos, pues, mientras tranquilizamos á la enferma; no caigamos en la tentación de practicar una maniobra inútil, tal vez perjudicial, seducidos por un fin lucrativo ó por el de lucir nuestra habilidad, ni temamos perder el prestigio obrando contra el gusto de nuestros clientes; pues el primer grito del recién nacido nos rehabilitará y recobraremos con creces toda su confianza.

¿Pero cuánto tiempo podemos dejar transcurrir sin verificar una aplicación de forceps? Si consultamos los clásicos veremos que su opinión es completamente diferente; pues mientras unos señalan dos horas á contar desde el momento en que la dilatación es completa, otros aconsejan tres, cuatro, seis ó más horas; pero cuantas reglas se basen únicamente en el factor tiempo, puede decirse que carecen por completo de justificación. En efecto; al cabo de períodos muy variables y á veces sumamente largos, la matriz vuelve á contraerse con energía y el parto se termina en plazo breve.

Muchas veces oí decir á Pinard que no hay en obstetricia nada más difícil que precisar las indicaciones de la aplicación del forceps. Estoy convencido de que es éste un problema puramente clínico y sólo podrá discutirse en cada caso particular atendiendo á las mil circunstancias, que en cada uno variarán.

Tendremos presente la relación que se nos haga de los partos anteriores, el estado de salud de la paciente, sobre todo cuanto se refiera al aparato genital, y la evolución del parto actual con todos los detalles que hayan tenido lugar; momento en que se hayan roto las membranas, número de tactos y maniobras ensayadas, cuidados de asepsia empleados y hasta el aspecto del lugar en que se halle la parturiente.

Cuando la paciente esté afectada de una leucorrea sospechosa podremos temer una infección ocular del que va á dar luz, sobre todo, si no se ha tenido la precaución de desinfectar cuidadosamente las vías genitales. Cuando una persona poco pulcra haya maniobrado ó practicado numerosos reconocimientos, habrá interés en no retardar demasiado la verificación de una cuidadosa antisepsia.

Si se presenta la inercia en un útero fibromatoso ó en cualquiera otro en que se halle muy disminuído el resorte contractil de la fibra muscular, tendremos menos confianza que el parto termine por sí sólo que en el caso de que el trabajo haya seguido una marcha regular y la inercia sobrevenga, por ejemplo, á causa del cambio de tensión experimentado al salir gran cantidad de líquido amniótico, y así se reflexionará sobre todas éstas y muchísimas más circunstancias, que pueden presentarse y combinarse hasta el infinito, resolviendo según el valor de su intensidad ó número.

Pero en tanto no se presenta la oportunidad para verificar una aplicación de forceps aprovecharemos el tiempo ensayando ciertos medios que no carecen de valor.

Ante todo convendrá obtener la evacuación de materiales que pudiesen ocupar el recto, á cuyo efecto ordenaremos un enema. Verificaremos luego la de la vejiga y con ello quedarán suprimidos dos factores, que á menudo figuran en la etiología de la inercia uterina.

Ocupémonos luego en aseptizar los genitales de la enferma y procuremos tome algún alimento y repose, sobre todó si se siente fatigada, pues no son pocas las veces que he visto interrumpir ese sueño reparador por enérgicas contracciones, que han puesto en breve plazo un feliz término á un trabajo que llevaba una larga duración. En otros casos será útil que la paciente pasee por su habitación, si no es temible la salida brusca del feto.

Considero estos medios como los más eficaces para combatir la inercia de la matriz; pero si no surten efecto y nada alarmante se presenta, podemos aun contemporarizar ensayando la acción del baño tibio ó de irrigaciones calientes, si la región fetal que se presenta no lo impide aún.

En otros tiempos los autores tenían mucha fé en ciertos medicamentos que administraban á título de ocitócicos. Cuando revisamos ciertos clásicos, que, sea dicho de paso aun hoy deleita leer, vemos que tres substancias eran las tenidas en predilección; *canela*, el *borax* y el *cornezuelo de centeno;* la primera es aun hoy muy empleada en Barcelona, pero no creo pueda atribuírsele acción apreciable; no recuerdo haber visto usar el *borax* y en cuanto al *cornezuelo de centeno*, á que los clásicos dedicaban largos párrafos para limitar bien la oportunidad de su empleo, fué al fin casi unánimemente abandonado cuando se demostraron los peligros á que tanto exponía; sin embargo, continúan empleándole algunas comadres y no son pocas las veces que he tenido que luchar contra su maléfica acción ó tratar las desastrosas complicaciones á que da lugar.

Modernamente, en sustitución de las citadas substancias ocitócicas se han aceptado otras á cuya cabecera figuran la *lactosa* y el *sulfato de quinina*. No he podido nunca convencerme de las virtudes de la primera y respecto á la segunda, que tanto ví emplear y he prescrito muchas veces, diré que sólo una en el Hospital Lariboisière y otra en mi clientela me ha parecido demostrar utilidad.

Finalmente, cuando falte poco para terminarse el parto; cuando, por ejemplo, se haya encajado en la vulva un diámetro vecino al Sub OB podremos solicitar un esfuerzo más á la matriz friccionando la pared abdominal y al presentarse una contracción, si es poco enérgica, no habrá inconveniente en reforzarla por medio de alguna expresión que nos ayude á poner término á tan prolongada tarea».

El agua oxigenada en las afecciones gastro-intestinales de los niños.—El doctor J. Aguilar Jordán publica el siguiente artículo en la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas:*

«A las muchas aplicaciones que en terapéutica tiene actualmente el bióxido de hidrógeno, debemos añadir las que se refieren al tratamiento

de las afecciones del aparato digestivo del niño. En determinados casos, los resultados que con este moderno remedio se obtienen son verdaderamente notables.

Es perfectamente conocido hoy cuanto hace referencia á sus propiedades fisiológicas y terapéuticas, posología, etc., lo que me excusa de insistir sobre este punto; pero conviene recordar que sus efectos derivan de las virtudes antisépticas que posee, y que no dudo en calificar de insuperables tratándose de combatir infecciones gastro-intestinales.

En efecto, el bióxido de hidrógeno en solución, tal como lo proporciona el comercio, y neutralizado (pues es sabido que las soluciones oficinales son siempre ligeramente ácidas), goza de propiedades poderosamente antisépticas, sin lesionar el organismo infectado, destruye el microbio, pero respeta la integridad histológica.

Por mi parte, puedo afirmar que buen número de enfermedades gastro-intestinales de orden infeccioso (que son la mayor parte) en los niños, las he combatido siempre con éxito con este precioso remedio. Ni el calomelano (no tan inofensivo siempre, como la generalidad de los médicos suponen, suposición que se ha convertido en creencia extramédica que debiera combatirse para restringir algo su uso y abuso), y que desde luego (salvo lo dicho) no puede considerársele como antiséptico de empleo continuado en las infecciones de evolución larga; ni el salol, benzonaftol, betol, resorcina, etc., cuyas propiedades antisépticas se han exagerado extraordinariamente, sin tener en cuenta, en cambio, sus efectos secundarios sobre el riñón; ni los mismos purgantes, únicos agentes terapéuticos que por barrer, por arrastrar hacia afuera, aseptizan el medio intestinal, siquiera sea de manera pasajera, pero cuyo uso repetido tampoco es conveniente siempre; ninguno de todos estos medicamentos gozan tan merecidamente, en mi concepto, el dictado de antisépticos gastro-intestinales como el agua oxigenada.

En efecto, empleando el $H_2 O_2$ he visto dominadas las más rebeldes gastro-enteritis de los niños, de esas que genéricamente se califican de infecciones intestinales ó colibacilosis (adjetivo que dicho sea de paso tal vez resulte muchas veces impropio, impropiedad, en cambio, justificada por el caos que reina aún en la etiología bacteriológica de estos estados). Del mismo modo satisfactorio responden las enteritis rebeldes, simples ó disenteriformes, agudas ó crónicas, primitivas ó secundarias á otros procesos infecciosos (sarampión), caracterizadas por deposiciones escasas en cantidad, pero frecuentes en número, mucosas, mocopurulentas, sanguinolentas, con fiebre, tenesmo, oliguria y hasta anuria, localizadas en el grueso, y especialmente en su porción descendente y rectal. Dos casos tratados por mí de esta naturaleza curaron en breve tiempo, después de haber inútilmente empleado todos los remedios que se aconsejan en los Tratados de paidopatía (subacetato de alúmina, tanígeno, sulfato de sosa, nitrato de plata, subnitrato de bismuto, etc.). La fórmula por mí usada es la siguiente:

Agua oxigenada.....	60	gramos.
Cloruro de sodio.....	5	—
Fosfato de sosa.....	3	—
Bicarbonato de sosa.....	0'50	centígramos.

Agua destilada y hervida, cantidad suficiente para completar un litro.

Cada día, dos ó tres enemas con sonda, de 150 á 200 gramos, precedidos de un lavado rectal copioso con agua hervida.

Las simples dispepsias gastro-intestinales, sin intervención de elemento microbiano de ningún género, que con tanta frecuencia padecen los niños de pecho sometidos á una alimentación mixta, ceden rápidamente, como lo indica la normalidad de las deposiciones, la desaparición del vómito y la digestión más perfecta de la leche, con la regularización de la dieta y la adición de media cucharadita de la solución al 2 por 100 de $H_2 O_2$ á un poco de leche cada tres horas.

En estos casos el agua oxigenada parece que obra, no como antiséptico, sino como un verdadero eupéptico, propiedad que por muchos autores se le asigna hoy y que he visto confirmada en mi práctica. Como antiséptico, obra también en las ligeras gastro-enteritis febriles que no ceden por el uso de un purgante y la institución de la dieta conveniente, es decir, en las que el elemento febril se prolonga durante algunos días, indicando la persistencia de la infección, ó bien en aquellas otras en que reaparece la fiebre y los trastornos gastro-intestinales al reemprender la dieta habitual. La fórmula transcrita anteriormente, usada en las dispepsias, puede emplearse también aquí con éxito.

Y para terminar, demostradas como están de manera indudable las poderosas propiedades antisépticas del agua oxigenada; su inocuidad, usada convenientemente; la cualidad reconocida de no alterar las condiciones físicas y químicas de la leche cuando á ella va unida, ¿no sería conveniente su empleo en la lactancia artificial como remedio profiláctico de las infecciones gastro-intestinales infantiles, adicionada á dicho producto alimenticio, que tan abonadas condiciones ofrece como medio de cultivo bacteriano? Que yo sepa, nada se ha investigado hasta hoy en este sentido por lo que hace referencia al $H_2 O_2$; en cambio, los recientísimos trabajos de Behring, analizados y comprobados por los pediatras italianos de la escuela de Nápoles, demuestran que es posible la adición á la leche de cierta substancia, la formalina, que la aseptiza sin alterar su composición y condiciones bromatológicas». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 18 de Julio de 1905.

Del prognatismo inferior.—El Dr. GALIPPE: Esta anomalía se observa tanto en los animales como en el hombre, y en particular en los animales domésticos, constituyendo siempre un estigma de degeneración. Aparece este estigma sobre todo en los perros dogos de Burdeos y en los mastines, dando

lugar por vía de selección al nacimiento de los bull-dogs. En estos últimos se observa que el sistema dentario no es normal y que existen otras anomalías que afectan, bien á la bóveda palatina, bien al labio superior. El prognatismo inferior se encuentra igualmente en ciertas especies de cabras, de cerdos, en los bóvidos y en el caballo.

Aunque más raramente ha sido encontrado también en ciertas especies de animales salvajes. Las homologías que existen entre las quijadas y los miembros están demostradas desde hace mucho tiempo, y el prognatismo inferior va frecuentemente acompañado de un acortamiento y de una torsión de los miembros, especialmente de los anteriores.

Esta anomalía no había sido estudiada en el hombre de una manera sistemática por no haberse encontrado cráneos de prognáticos inferiores, habiendo sido preciso recurrir al estudio de piezas anatómicas procedentes de acromegálicos que presentan esta deformación en el más alto grado. Los unos y los otros presentan un desarrollo considerable del maxilar inferior, como también de los labios, especialmente del inferior. La lengua en los acromegálicos tiene frecuentemente un desarrollo anormal. Se observa la misma particularidad en los prognáticos inferiores, como ocurría en Luis XIII. En los unos como en los otros, la nariz presenta frecuentemente un desarrollo extraordinario, siendo de notar igualmente anomalías análogas en los órganos genitales.

Los acromegálicos son generalmente poco inteligentes y en la larga serie de prognáticos inferiores que he estudiado he podido apreciar que estaban próximos al idiotismo. Sobre todo, la forma redondeada del maxilar inferior y la altura de la sínfisis mentoniana es lo que da, lo mismo en los acromegálicos que en los prognáticos inferiores, un carácter especial á la fisonomía.

Entre los retratos que tengo el honor de presentar á la Academia, merece especial atención el de María Antonieta, tan diferente de aquellos en que artistas serviles procuraron lisonjearla suprimiendo este rasgo familiar de degeneración.

Insisto, para terminar, en la frecuencia de las vegetaciones adenoideas y de las facies adenoidianas en los prognáticos inferiores, y dados los puntos de contacto que existen entre los acromegálicos y los prognatos, propongo el estudio de esta cuestión que aun es tan obscura.

Sobre los fermentos metálicos. — El Dr. Robin : Si se inyecta á un individuo sano ó enfermo un fermento metálico cualquiera, oro, paladium, etcétera, se produce una leucolisis considerable y, en particular, de polinucleares.

Los fermentos metálicos tienen, además, una acción indiscutible sobre los elementos de la excreción urinaria. Esta acción se revela por el aumento notable del ácido úrico y del azoe total, y también por una elevación de la relación entre el azoe de la urea y el azoe total del organismo. Opino que hay relaciones íntimas entre la destrucción leucocitaria y las modificaciones de la excreción de la orina.

Los fermentos metálicos no obran por sí mismos, sino más bien por la destrucción de los leucocitos que contienen una cantidad considerable de catalosa. Esto está confirmado por los experimentos y el hecho de que en

los cancerosos las inyecciones de fermentos metálicos determinan una leucolisis importante, sin aumento de ácido úrico ni de urea, prueba que en estos enfermos los glóbulos blancos no contienen catalosa.

Neurosis de la infancia y problemas de educación. — El Dr. Fleury : En 37 observaciones de niños distraídos, melancólicos é indisciplinados y que eran neurasténicos, artríticos, histéricos, psicasténicos, coreicos y diabéticos frustrados, se obsevó la mejoría ó curación de la enfermedad por el tratamiento de la neurosis ó de los defectos de nutrición.

De estos hechos pueden deducirse las siguientes conclusiones :

1.ª Tanto en el niño como en el adulto lo físico influye sobre lo moral, por cuya razón está justificada la intervención del médico, aunque se trate en apariencia de una enfermedad psíquica.

2.ª Un gran número de malos alumnos, á quienes las exhortaciones y los castigos no consiguen enmendar, están para quien les examina con cuidado, afectados de verdaderas neurosis ó de enfermedades de la nutrición.

3.ª No se trata de una simple coincidencia, sino de relaciones de causa á efecto, como lo demuestran los resultados obtenidos por la terapéutica.

4.ª El tratamiento físico debe ser completado por una reeducación intelectual y moral. El médico neurólogo acostumbrado á hacer estas curas es el colaborador útil del educador profesional.

Frecuencia en los jóvenes del «ruído de soplo venoso» en las femorales. — El Dr. Molle : En el curso de la pubertad y del crecimiento en los jóvenes, se puede observar un estado nervioso especial análogo á la clorosis de las jóvenes. Este estado tiene, además de numerosos signos subjetivos bastante vagos, un signo objetivo frecuente que consiste en la presencia de soplos venosos, algunas veces intensos, situados casi siempre exclusivamente en las femorales.

En el 22 por 100 de los casos observados por mí desde hace diez años, una higiene defectuosa y el trabajo (especialmente el del servicio militar), han dado lugar á la tuberculización en breve plazo.

La investigación de estos «ruídos de soplo venosos» en las femorales debe ser practicada con cuidado durante el curso de las revisiones en ciertos sujetos de apariencia exterior normal. La comprobación de este síntoma, cuando va acompañado de otros signos comunes y corrientes, tales como palpitaciones, sofocación, astenia, etc., etc., tan frecuentemente invocados por los simuladores, debe imponer una reserva particular para la incorporación al ejército de estos sujetos.

De la influencia de ciertas enfermedades intercurrentes sobre la marcha de las palatoplastias.—El Dr. Hermann : Entre las complicaciones que, aparte de las condiciones inherentes á la operación misma, pueden hacer fracasar la palatoplastia mejor hecha, figuran en primer término las enfermedades intercurrentes.

La infección del aparato respiratorio y de los órganos digestivos, la bronquitis y la bronconeumonía, los vómitos y la diarrea, la estomatitis ulcerosa, etc., se han señalado frecuentemente, sobre todo, en los individuos muy jóvenes, por predisponerles á estas complicaciones la misma deformación. La separación de los colgajos es uno de los resultados más frecuentes y algunas veces la complicación termina por la muerte.

Tales son los accidentes en relación más directa con el acto operatorio. Las enfermedades infecciosas generales, las fiebres eruptivas, comprometiendo las funciones de nutrición y de reparación, pueden determinar el mismo efecto destructivo para la sutura, haciendo supurar la cicatriz todavía blanda y fragil.

Parece que esta influencia nociva debe ser más temible para la escarlatina y la difteria, teniendo en cuenta las localizaciones bucofaríngeas especiales á estas dos enfermedades y el terreno de cultivo tan favorable que encuentran en este medio las asociaciones de los microorganismos patógenos que en él viven ordinariamente.

He observado dos casos de escarlatina en niños de siete años y un caso de difteria en una niña de cuatro y medio, que han evolucionado sin daño alguno para la sutura. La escarlatina en uno de los enfermos — caso complejo y de operación difícil—había sobrevenido ya al tercer día; en el otro, después de seis días; en el caso de difteria, la invasión databa del octavo día.

Resulta, pues, de estos hechos que la aparición en el curso de la palatoplastia de ciertas enfermedades infecciosas, como la escarlatina ó la difterio no comprometen forzosamente el éxito, mientras no se presenten muy pronto, es decir, antes de que la cicatriz haya adquirido una solidez suficiente; este espacio de tiempo es difícil de precisar. Tampoco hay que olvidar que la virulencia de la infección influye de un modo extraordinario. El éxito obtenido en los tres casos creo que en parte es debido á la técnica seguida; el procedimiento de palatoplastia en dos tiempos, por atenuar en grande escala la hemorragia y el shok, ha de disminuir también la receptividad morbosa del operado y aumentar su resistencia á los agentes patógenos. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 19 de Julio de 1905.

Conservación de los ovarios en las operaciones por anexitis supuradas. — El Dr. Delbet: En esta cuestión de las ablaciones limitadas, es preciso tener en cuenta la utilidad de estos órganos para la reproducción, la menstruación y las funciones de correlación. En lo que se refiere á la reproducción estamos todos de acuerdo en conservar los órganos que la aseguran, pero suele ser muy difícil saber si esto es posible. Se ignora muchas veces el verdadero estado de los ovarios rodeados de adherencias, y cuando las enfermas se quejan de dolores fuertes, hay derecho á preguntarse si se impondrá el sacrificio de dichos órganos.

La misma incertidumbre existe para las trompas, y aunque he visto sobrevenir un embarazo en una mujer en la que había conservado una trompa, el hecho no es excepcional. ¿Puede conservarse la trompa de un lado y el ovario del opuesto? Se han hecho con éxito experimentos en una coneja, pero el asunto no se ha estudiado en la mujer. Creo, por lo tanto, que ex-

cepto en los casos en que la enferma exija la conservación de los ovarios deben extirparse.

Cuando es preciso sacrificar las dos trompas, se han recomendado varios métodos: se ha aconsejado hacer la castración completa, conservar el útero y lós ovarios ó sólo estos últimos órganos. Del estudio de los casos publicados, deduzco que las mejorías son más sensibles cuando se extirpan, á la vez que las trompas, el útero y los ovarios.

Se ha objetado que suprimiéndose la menstruación se agrava el porvenir. No se ha demostrado que la conservación del flujo menstrual sea una ventaja. No se sabe si el flujo desempeña un papel importante en la economía ó si es resultado de la función ovárica. Además, la castración total no ejerce una influencia tan nefasta sobre las funciones del organismo. Los accidentes circulatorios que se presentan después de la operación, desaparecen poco á poco. Concluyo, por lo tanto, manifestando que no se ha demostrado la ventaja de estas ablaciones parciales.

Tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos hepáticos. — El Dr. Guinard: Voy á referir dos casos de quiste hidatídico del hígado. Uno es un ejemplo típico de curación por el método moderno. La enferma que padecía este quiste tenía veinticinco años. Después de la incisión abdominal puncé el quiste é inyecté una disolución formolada, le incindí luego, extirpé la membrana fertil y terminé por la sutura sin capitonado. Curación sin accidentes.

Mi segunda enferma, de veintiún años, había sido operada anteriormente marsupializándose la bolsa; quedó una fístula durante tres meses, después apareció una nueva tumefacción y observé que se trataba de un quiste de la cara convexa situado bastante arriba. La operé por la vía transpleurítica. Después de la inyección formolada extirpé la membrana fertil y practiqué la sutura. La enferma salió curada. Algunos meses después volví á verla, y me dijo que la noche anterior se había sentido inundada por un líquido de color verdoso. Al reconocerla descubrí en el ángulo inferior de la cicatriz dorsal un orificio por el qué rezumaba líquido. Le suturé, y como se formara un abultamiento en este sitio, practiqué una punción y extraje un litro de bilis. La enferma no ha vuelto á tener novedad. Aunque este derrame secundario de bilis es raro, merece, sin embargo, ser conocido.

El Dr. Bazy: He tratado de la misma manera á una mujer que padecía un quiste voluminoso. Sólo hice un plano de suturas, pero coloqué un tubo de desagüe en contacto con la línea de reunión; ocho días después ví salir algo de bilis, sin que se retrasara la curación.

El Dr. Arron: Puedo citar un hecho idéntico observado hace dos años, en un hombre de treinta años. Después de hacer la sutura sin practicar inyección formolada, ví aparecer á los ocho días algo de bilis y se formó una fístula que tardó algunas semanas en curar.

El Dr. Broca: He tenido ocasión de observar estas fístulas secundarias en tres niños, pero en estos casos el líquido derramado era incoloro.

Estrecheces uretrales congénitas en un niño. — El Dr. Bazy: El Dr. Sikora nos ha remitido la observación de un niño, el cual, después de una crisis de apendicitis tuvo retención de orina. Al sondarle, se descubrió la

existencia de tres estrecheces en las regiones peniana y bulbar. Este niño tenía, además, ectopia inguinal del testículo derecho; nunca había padecido incontinencia de orina.

Puedo agregar á los casos publicados hasta ahora el de un hombre de veinticuatro años, que me consultó recientemente por trastornos de la micción que se atribuían á una pielitis. Tenía estrechez congénita y ectopia testicular derecha; no había tenido incontinencia noctuna.

El Dr. Moty: He observado un niño de siete años que padecía estrechez parecida.

Hipertrofia parcial de los músculos estriados. — El Dr. Mignon: He observado esta hipertrofia parcial en los gemelos, el sóleo y el masetero. El aumento de volumen es más apreciable durante la contracción del músculo y su volumen varía entre el de un huevo de paloma, al de un huevo de gallina; da la sensación de una flutuación falsa é indolora. Esta hipertrofia es susceptible de ocasionar errores de diagnóstico con los quistes del hueco poplíteo sobre todo, del que ha referido un ejemplo el Dr. Robert.

Hé aquí otro ejemplo observado en un soldado joven. Este individuo se quejaba de un dolor en la parte infero-interna de la pantorrilla izquierda; en este sitio había una tumefacción ovoidea de 5 á 6 centímetros de diámetro. Después de haber incindido la piel y la aponeurosis, encontré una porción hipertrofiada del sóleo. El enfermo curó. El análisis probó que se trataba de tejido muscular estriado.

El Dr. Poirier: La observación del Dr. Mignon es interesantísima, pero me pregunto si se trata en realidad de una hipertrofia. Si hay hipertrofia su consistencia variará según el estado de contracción ó de relajación del músculo, sin que desaparezca en un caso ni en otro. Como el enfermo de nuestro colega necesitaba hacer esfuerzos, es fácil que se produjera la ruptura de algunas fibras musculares y que la repartición de la contractilidad fuera, por lo tanto, desigual.

El Dr. Tuffier: Preguntaré al Dr. Mignon, cómo puede hacerse el diagnóstico de una hipertrofia y de una ruptura musculares.

El Dr. Legueu: Hace doce años vi un caso parecido que diagnostiqué de hernia. El tumor estaba localizado en el biceps y presentaba los mismos caracteres que el del enfermo de nuestro colega. Este hombre había tenido veinte años antes una ruptura y en el tendón se notaba una nudosidad pequeña.

El Dr. Hartmann: En la hernia muscular los signos son distintos por completo; el músculo no se pone duro al contraerse.

El Dr. Delbet: Cuando ha habido ruptura de las fibras musculares, éstas no se endurecen al contraerse el músculo.

El Dr. Michaux: He tenido ocasión de hacer dos ó tres operaciones análogas, y creo que no se trata más que de distensiones ó de rupturas musculares, porque las hernias son rarísimas.

El Dr. Guinard: Se acaba de decir que durante la contracción la ruptura muscular no se endurece; he observado todo lo contrario en los animales; los dos cabos se endurecen y, si hay hernia, el tumor se endurece y disminuye de volumen.

El Dr. Mignon: La afección de mi enfermo había sido diagnosticada de

diversas maneras; la aponeurosis estaba intacta, no había hernia. Cuanto á la ruptura la he buscado cerca de la inserción ósea y no la he encontrado.

El Dr. Poirier: Me parece difícil en una disección en el vivo saber si están rotas algunas fibras musculares. —(*Le Bull. Medical*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE PARÍS

Sesión del día 6 de Junio de 1905.

Operación de Golgi. — El Dr. *Porak* dijo que había practicado una nueva operación de Golgi y presentó á su operada secundípara, cuya pelvis medía 8 centímetros y medio. Esta mujer parió la primera vez de termino á beneficio de una operación mutiladora sobre el feto.

Hizo la sección pubiana más cerca de la sínfisis que en el primer caso, á 1 centímetro de la sínfisis y paralela á ella. El resultado fué satisfactorio. Puede observarse que la ventana ósea comprendida entre la sínfisis y la sección del pubis tiene alguna movilidad y que no hay consolidación ósea.

El Dr. *Boissard* preguntó qué medio contentivo se empleó después de la operación.

El Dr. *Porak* respondió que emplea un simple cinturón de franela, cuya compresión, aunque moderada, cree suficiente.

El Dr. *Demelin* preguntó si pudo haber consolidación ósea á los veintiun días que se levantó la enferma.

El Dr. *Porak* respondió no se aprecia indicio de formación de callo, el cual debería existir antes de la consolidación ósea perfecta.

El Dr. *Macé* preguntó si es necesario en esta operación conseguir la consolidación ósea, y recordó que en Alemania algunos operadores hasta procuran no obtenerla á causa de los partos futuros.

El Dr. *Bonnaire* cree que la sección á 1 centímetro está demasiado próxima á la sínfisis, porque no permite evitar con seguridad la lesión del plexo venoso prevesical ó de los cuerpos cavernosos, según demuestra al parecer la hemorragia observada por el Dr. Porak durante su operación. Desde este punto de vista, es preferible el corte de la pelvis á 2 centímetros de la sínfisis, tal como aconseja Gigli. En cambio, el Dr. Porak tiene al parecer razón de sustituir el corte de sierra oblícuo, que corta el hueso en bisel en pico de flauta de arista cortante, por un corte paralelo á la hiterlínea articular; de este modo se evita el desgarro profundo de las partes blandas observado en su pelvitomía anterior.

Vicio pelviano complicado. — El Dr. *Bonnaire* presentó una mujer, cuyo esqueleto, en particular la pelvis, estaban muy torcidos á causa de una cifo-escoliosis raquítica complicada con atrofia del miembro inferior derecho por poliomielitis.

Inserción viciosa por difusión de la placenta. — El Dr. *Clement* presentó la placenta de una mujer que padecía endometritis decidual, pérdidas de agua y de sangre, y en la que se diagnosticó placenta previa central; el parto se verificó á los cinco meses y medio del embarazo. Los anejos se

componían de membranas escasas y placenta abundante; había indudablemente además de la placenta que corresponde á la serolina, una zona placentaria desarrollada en la zona reflejada, gracias á las modificaciones nutritivas impresas á esta caduca por la inflamación.

Infección puerperal apirética mortal. — El Dr. *Gueniot* refirió el caso de una mujer que padecía infección puerperal gravísima á consecuencia de retención de la placenta después de un aborto; la enferma murió sin haber tenido elevación de la temperatura y casi sin aumento de la frecuencia del pulso. Puede vacilarse en atribuir á la infección y creer en un envenenamiento mercurial, á juzgar por algunos síntomas como estomatitis, diarrea negra, etc. El análisis químico de las vísceras no reveló indicio de mercurio lo que hace suponer que se trataba de una infección anormal.

(*La Presse Medical*).—F. Toledo.

XXIV CONGRESO ALEMÁN DE CIRUGÍA

Celebrado en Berlín los días 26 al 30 de Abril de 1905.

(Continuación)

Modo de evitar que la gasa se pegue á las granulaciones de las heridas. — El Dr. *Lauenstein* (de Hamburgo) recomienda para evitar que la gasa se pegue á las granulaciones, adherencia que ocasiona dolores muy violentos y hemorragias á los enfermos cada vez que se les renueva el vendaje, impregnar la gasa, y lo mismo la antiséptica, con parafina líquida esterilizada. Esta impregnación debe verificarse mucho tiempo antes de aquel en que haya de usarse la gasa, á fin de que esta última esté empapada con parafina de un modo uniforme. El procedimiento le ha dado un resultado excelente al autor en un gran número de casos.

Tratamiento quirúrgico de la meningitis purulenta. — El Dr. Kümmell (de Hamburgo) refiere el caso siguiente: Un hombre de treinta y seis años se cayó del ferrocarril eléctrico; quedó por mucho tiempo sin sentido, y al mismo tiempo le salía por la nariz un líquido acuoso. Después recobró el conocimiento, pero quejándose de dolores de cabeza muy violentos. A causa de estos dolores, acudió por su pié al hospital á los cuatro días de ocurrido el accidente. Por entonces tenía una afasia notable, el sensorio estaba muy alterado y el enfermo sentía unos dolores de cabeza intolerables. Al día siguiente había rigidez de nuca. La punción lumbar reveló una presión de 220 miligramos de mercurio, y dió salida á un líquido purulento; el pulso era pequeño. Como el paciente estaba sin sentido, no fué necesario apelar á la anestesia para practicar una abertura amplia en el parietal; la aracnoides estaba alterada en su color; se introdujo una tira de gasa. Al día siguiente el enfermo estaba mejor y se fué restableciendo poco á poco. Al tercer día después de la operación, la punción lumbar dió salida á un líquido turbio, pero al sexto día el líquido era claro como el agua y la presión alcanzaba su cifra normal. La afasia fué mejorando entonces de día en día; á las cuatro semanas el sensorio estaba completamente despejado

y los dolores de cabeza habían desaparecido, y á las seis semanas de su ingreso en el hospital se pudo dar de alta al enfermo como curado.

En un segundo caso se trataba de una muchacha en la que, después de haberle extirpado un tumor que tenía en el conducto vertebral, había aparecido un flemón, desarrollándose una meningitis. Con el escoplo se abrió el conducto vertebral, dándose salida á un líquido purulento. Al día siguiente el líquido era claro y la fiebre violenta había descendido. A pesar de todo, la enferma sucumbió de septicemia.

El autor ensayó la trepanación del cráneo en la meningitis tuberculosa, pero sin éxito. Esto no obstante, se logró al menos obtener la euforia. La operación quizá pueda ser útil en la meningitis cerebro-espinal, cuando la punción lumbar no conduce al fin apetecido.

Cirugía craneal. — El Dr. *Friedrich* (de Greifswald) se limita en su conferencia á la cirugía de la epilepsia. Todos los autores están de acuerdo en que el ataque epiléptico tiene su punto de origen en la corteza cerebral. Hay que admitir, por lo tanto, que aquello que modifique esta corteza, ha de modificar el estado epiléptico. Durante el ataque siempre está perturbada la conciencia en mayor ó menor grado, y cada ataque puede ser influído por el mismo paciente. El aura suministra ciertos puntos de referencia, y lo mismo sucede con los síntomas que se presentan en los intervalos de los ataques y los que se aprecian en el cráneo. En concepto del autor, la teoría de Kocher no tiene aplicación á todos los casos, y la opinión de Bergmann de que en todos los casos estacionados se puede detener su marcha con intervenciones quirúrgicas, es puramente teórica y no está de acuerdo con los hechos. Según el autor, no existe diferencia alguna entre las distintas clases de epilepsia, puesto que una epilepsia traumática puede convertirse en genuína, y en cambio, una que á primera vista parece genuína, resulta después de una investigación más detenida que es de origen traumático. En vista de esto, quizá convenga prescindir por completo del concepto de epilepsia genuína.

Para juzgar del resultado definitivo de la intervención quirúrgica en los casos de epilepsia, se debe dejar pasar mucho tiempo. Por esta razón el autor sólo se va á referir á los casos que fueron operados en los años 1899 á 1901, y en primer término, á cuatro casos ya desahuciados de epilepsia genuína con idiotismo y grandes series de ataques. En cada uno de ellos la intervención de Kocher determinó alivio en la forma y en el número de los ataques. También influye en la esfera mental; tal sucedió en un caso muy desesperado, con ataques graves y muy frecuentes, manía furiosa y gran pérdida de inteligencia, caso que, á juzgar por la anamnesia, habría que interpretarlo como traumático. El paciente fué operado el 1.° de diciembre de 1900, estableciéndole en el cráneo una ventana ó pérdida de substancia de Kocher algo grande. Desde entonces no ha vuelto á sobrevenir ningún ataque epiléptico tan caracterizado; sólo una vez, al año de la operación, se presentó un ataque de ausencia, cuando ya llevaba mucho tiempo de haberse suspendido la medicación bromurada que se había prescrito después de la operación. Ahora que el enfermo ha vuelto á tomar los bromurados de cuando en cuando, no se ha vuelto á presentar ningún ataque de ausencia. La inteligencia ha mejorado en un grado muy considera-

ble. La operación no ha afectado en nada al cerebro; lo único que se ha hecho ha sido dejar en el cráneo un hueco ó laguna de 40 á 50 cm² y en la dura madre otro de 20 á 25 cm².

En un caso de parálisis cerebral con epilepsia, la operación no dió ningún resultado.

En dos casos de epilepsia genuína, lo único que se consiguió fué una mejoría pasajera.

Un sujeto que padecía de ausencias muy prolongadas y de estados de carácter agresivo, ha dejado de tener trastornos epilépticos y psíquicos, hasta tal punto, que puede desempeñar su cargo de director de fabricación.

Un caso de epilepsia tramática se ha curado por completo; el paciente se dedica ahora á una profesión literaria.

El autor presenta después un individuo que tiene la siguiente anamnesia: Hace varios años sufrió un golpe de cabeza; el año 1900 se presentaron manifestaciones paralíticas y trastornos sexuales y de otro género. El traumatismo había afectado á la región de las circunvoluciones frontales primera y segunda. Al operar se encontró en dicha zona un tumor como una manzana pequeña y destrucción de la substancia cerebral; extirpación. A las seis semanas y media el operado ya era capaz de desempeñar su oficio, y desde entonces no existe ningún trastorno intelectual. Inmediatamente después de la operación habían desaparecido las manifestaciones paralíticas.

El Dr. *Kümmell* (de Hamburgo) refiere haber operado muchos casos de epilepsia, pero con resultados definitivos poco favorables. Generalmente, después de curada la pérdida de substancia, vuelven los ataques epilépticos. Sólo en un niño de siete años no han vuelto los ataques después de la segunda operación. Pero el niño no es muy inteligente.

El Dr. *Frölich* (de Nancy) recomienda emplear siempre el desagüe.

El Dr. *Borchardt* (de Berlín) presenta un paciente al que ha extirpado con éxito un colesteatoma voluminoso de la fosa craneal posterior.

Oclusión de los defectos traumáticos del cráneo. — El Dr. *Stieda* (de Halle) dice haber revisado 48 casos de lesiones traumáticas del cráneo que han ingresado en estos últimos años en la clínica de v. Bramann. Cinco de dichos sujetos fallecieron al poco tiempo de su ingreso por los progresos de la destrucción del cerebro; uno murió de tifus y de 11 no se han podido adquirir noticias. De los 31 casos restantes, en 14 se practicó una implantación ósea primitiva, en 8 una implantación ósea secundaria por defecto en el cráneo y en 7 se hicieron necesarias nuevas operaciones osteoplásticas. Cuando un defecto en el cráneo no se cubre con hueso, queda siempre un *locus minoris resistentiæ*, sobre todo si se trata de un obrero que no se halla en condiciones de prestar atención suficiente á la protección de su caja craneana. La consecuencia de esto es que no descansa el cerebro mal protegido, que sus funciones se modifican de un modo perjudicial y que sobrevienen perturbaciones de la inteligencia. De aquí que en la clínica de Halle se proceda siempre á cubrir el defecto lo más rápidamente posible. Respecto á la técnica, previa rasura amplia de toda la región, se extirpan cuidadosamente todas las esquirlas, el trozo aséptico de hueso que se había mantenido en una disolución de sal al 3 por 100 se implantará, y después

de haber colocado un tapón ó un desagüe, se cerrará la herida. Si la implantación no se puede ejecutar desde luego á causa del peligro de la infección, se tapona y se procede más tarde á la implantación de un modo secundario. La implantación primitiva da generalmente buenos resultados; la secundaria no tan buenos á consecuencia de la reabsorción y del secuestro del trozo de hueso. Los que han sido tratados por el método osteoplástico quedan completamente libres de molestias. En dos casos el defecto en el cráneo provocó una epilepsia, que desapareció cuando se cerró dicho defecto.

A juzgar por todos estos hechos, lo que conviene es cerrar el defecto lo más pronto posible y por medio de hueso, y cuando esto no sea hacedero, practicar la operación osteoplástica secundaria.

Procedimiento sencillo para resecar la tercera rama del trigémino.—El doctor *Lexer* (de Berlín) dice que el procedimiento más usado para resecar la tercera rama del trigémino es el Krönlein, que á su vez ya ha sido modificado de modo que resulta aún más sencillo. Pero todavía se puede ir más allá en la simplificación trazando una incisión cutánea por encima y paralela al arco zigomático, resecando subcutáneamente con una sierra de cadena el malar y el arco referido y dislocando este arco hacia adelante y abajo. Después de disecada la inserción de los músculos pterigoideos, se encuentra el nervio en la profundidad y se le puede resecar sin necesidad de lesionar la arteria meníngea media. La operación se puede ejecutar rápidamente, no hay necesidad de ligar arterias ni de suturar huesos, no se toca para nada el maxilar inferior, no se hiere el nervio facial y la hemorragia venosa es muy escasa y se cohibe fácilmente por medio del taponamiento.

El Dr. *Krönlein* (de Zurich) cree que la modificación conduce, en efecto, al fin apetecido, pero que con ella no es muy fácil dar con el nervio.

Sustitución de órganos extirpados y excluidos.—El Dr. *Gluck* presenta enfermos que han sufrido la laringuectomía total por carcinoma, los cuales se curaron en dieciséis días por primera intención empleando su método; el día decimoséptimo ya podían tragar por la vía natural, y como el muñón traqueal estaba revestido de piel intacta y no se puede estrechar, viven años y años sin cánula, es decir, que son curaciones verdaderamente ideales. El autor ha ampliado las indicaciones en los últimos años, y además de en los casos de sífilis grave, la ha practicado con éxito, en casos de tuberculosis, laringoplastias, resecciones y laringuectomías. En los casos de extirpación de laringe, faringe y parte de esófago, con ganglios, vena yugular de un lado y estrumectomía, como el operado hace dos años y tres meses y presentado como curado, en que no puede pensarse en una operación autoplástica, el autor utiliza su aparato protésico para defectos de faringe y de esófago, que empleó por primera vez en un caso curado el año 1898. En el Congreso de Cirugía de 1904 volvió á presentar diversos modelos de este aparato de goma, compuesto de una especie de embudo y de un tubo, y lo aconseja especialmente para la exclusión total del esófago en los casos de obliteraciones inaccesibles á la operación, sea cualquiera su origen (malignas, cicatrizales, etc.).

Presenta una niña de once años con obliteración transversal del esófago,

que se inicia á 20 cm. por detrás de la fila de dientes, y que ha sido producida por cauterización con lejía. La niña se moría de hambre, y el autor comenzó estableciendo una fístula gástrica á las ocho semanas del accidente, en noviembre de 1903. Todas las tentativas que se hicieron con el esofagoscopio y desde la fístula gástrica con el cistoscopio, mediante el cateterismo retrógrado del esófago (maniobra que le dió resultado al autor en otro caso), fracasaron en esta enferma. En vista de esto, el autor estableció una fístula esofágica en el cuello; después de su curación sacó su aparato protésico desde la boca á la fístula y unió el extremo periférico del tubo de dicho aparato con el tubo de alimentación, que estaba introducido en el estómago, por medio de un tubo grueso de vidrio. Desde entonces la niña come y bebe como una persona sana toda clase de alimentos, sin que la niña se preocupe en lo más mínimo del aparato, á través del cual pasan sin el menor inconveniente trozos bastante gruesos de carne y de pan. La niña ha servido para practicar investigaciones quimicofisiológicas muy importantes y tiene un aspecto excelente. Cuando la niña está saciada, puede, entreabriendo el tubo gástrico, vaciar el contenido estomacal y volver á comer, como lo hacían los antiguos sibaritas romanos.

Con motivo de este caso, trata el autor del valor que tiene la exclusión de órganos enfermos, y sobre todo, de la proposición que él hace de excluir las vías aéreas superiores en las estrecheces inoperables que radican en la bifurcación de la tráquea mediante el establecimiento de una fístula pulmonar. Insiste el autor en lo mucho que ha descendido la mortalidad en las grandes operaciones que se practican en la parte superior de las vías aéreas y digestivas desde el trabajo que han publicado Zeller y él hace veinticinco años sobre la resección profiláctica de la tráquea y cómo se han conseguido por medio de operaciones plásticas y de protesis que sea muy satisfactorio el estado post operatorio de los pacientes, de tal suerte, que muchos de estos pueden hasta volver á encargarse del puesto en que ganaban su sustento y el de su familia. Esto no quiere decir que aún no quede mucho campo que recorrer en este terreno.

Faringoplastia. — El Dr. *Helferich* (de Kiel) presenta un hombre de cincuenta y cuatro años que ha sido gastrotomizado el 3 de octubre de 1903 por padecer carcinoma de la faringe y de la laringe. Dos semanas y media después se practicó la extirpación de las partes atacadas de degeneración cancerosa y de un gran paquete ganglionar, se cerró el trozo faríngeo y se cosieron la tráquea y el esófago á los bordes de la piel. En octubre de 1904 no se habían presentado nuevos infartos ganglionares y el estado general era del todo satisfactorio, de tal suerte, que se pudo realizar la operación autoplástica. Se volvió á abrir la faringe y se cosió la mucosa con la cicatriz. El 16 de diciembre se intentó sacar más el esófago, pero no se consiguió por completo, quedando una fisura de 3 á 4 cm. En enero de este año se ejecutó la operación autoplástica, se excindió la cicatriz y se cosieron á la herida los colgajos cutáneos.

El forúnculo maligno de la cara y su tratamiento. — El Dr. *Rosenbach* (de Gottinga) recuerda la tendencia que tienen algunos forúnculos de la cara á seguir un curso maligno, sin que se conozca hasta la fecha claramente cuál es la causa de tal malignidad ni reine tampoco conformidad acerca del

tratamiento. Stromeyer cree que el forúnculo maligno de la cara es síntoma de una septicemia ya existente, y por lo tanto, no es partidario de un tratamiento quirúrgico. Otros atribuyen la malignidad á la riqueza vascular de la cara. Trendelenburg supone que la causa es una infección específica afine á la piohémica. Pero según investigaciones recientes de Lenharz, Lexer y el autor, se trata de un estafilococo muy virulento, y es de creer que esta gran virulencia se desarrolla en el mismo forúnculo. Los estudios microscópicos de forúnculos malignos que se hallaban en el primer período, han inducido al autor á establecer una teoría especial acerca del aumento de virulencia.

Según el autor, las relaciones anatómicas entre los músculos de la cara y la piel pueden ser causa de que la contracción de dichos músculos impela el material infeccioso de los forúnculos de la cara á los tejidos inmediatos. Aun en los mismos forúnculos benignos no es raro ver que partan de ellos cordones purulentos duros hacia arriba ó afuera, cordones que son producidos por el deslizamiento del material infeccioso motivado acaso por las contracciones de los músculos cuadrado superior del labio, canino, zigomático, risorio, etc. De un modo aún más enérgico puede obrar en el mismo sentido el orbicular de los labios.

Los datos recogidos por el autor en sus observaciones microscópicas confirman dichos efectos de las contracciones musculares bajo la forma de conductos llenos de cocos que se observan desde los comienzos del mal. El aumento de virulencia se explica por la germinación constantemente renovada de los cocos en nuevos puntos hasta entonces intactos de los tejidos.

Respecto al tratamiento, aun hoy en día existen partidarios de la abstención que aconsejaba Stromeyer; tal sucede con Lenhartz, consecuente en esto con sus teorías. El autor, en cambio, cree con Lexer que procede practicar amplios desbridamientos, los cuales habrán de interesar en lo posible los conductos de impulsión de los cocos. El autor da cuenta también de investigaciones relativas á la eficacia de las incisiones amplias en los forúnculos ordinarios. Dicha eficacia se debe, no á la separación de tejidos necrosados ni á la salida de líquido infeccioso cuando todavía no ha sobrevenido la fusión purulenta. En efecto, con la microfotografía logró demostrar el autor que en un forúnculo reciente ya es escaso el número de leucocitos en la necrosis purulenta, y que dichos leucocitos faltan casi por completo en el tejido vivo limítrofe. Los vasos están dilatados, pero sin emigración. Existe, por lo tanto, una quimiotaxia negativa, que se convierte en positiva á las veinticuatro horas. La necrosis entonces es rica en leucocitos, el tejido vivo limítrofe está repleto de ellos y en los vasos se encuentra una emigración abundante. En los forúnculos antiguos, con la incisión aumenta mucho la quimiotaxia positiva. Todos estos datos tienen interés cuando se recuerdan las teorías de la escuela de Metchnikoff, según las cuales en los animales que son sensibles á determinados agentes patógenos, existe una quimiotaxia negativa de los leucocitos respecto á dichos agentes, quimiotaxia que se transforma en positiva como consecuencia de la inmunización.

Valor diagnóstico y terapéutico de la traqueobroncoscopia. — El Dr. *Killian* (de Freiburgo) trata del valor de la traqueobroncoscopia directa: 1.°, para

el diagnóstico de las deformidades de la tráquea en los casos de tumores, y sobre todo, de bocio; 2.°, en los de cuerpos extraños de las vías aéreas, en los que el método es suficiente casi siempre. Es mucho menos difícil que el cateterismo uretérico; con toques de cocaína se consigue la anestesia local de la laringe. Cuando emplea la anestesia general, opera el tumor colocando pendiente la cabeza del enfermo. Se pueden inspeccionar perfectamente la tráquea y los bronquios. El autor presenta el instrumental necesario para extraer cuerpos extraños, y trata de los servicios que puede prestar la broncoscopia en cirugía pulmonar. Ella nos permite reconocer muy pronto la existencia de focos en los pulmones y precisar su naturaleza. No se puede examinar todo el pulmón, puesto que no se llega á la zona periférica. Si se abren los focos en el bronquio, es posible precisar dónde se ha verificado la abertura, puesto que sabemos perfectamente en cuál bronquio nos hallamos. Tocando con cocaína los bronquios profundos, se consigue su anestesia local; de este modo podemos penetrar muy profundamente con el tubo hasta llegar al absceso, en cuyo caso se aspira el foco. Si queremos operar desde fuera, entonces la sonda sirve también de conductor hacia el absceso.

El Dr. *Kuhn* (de Casel) recomienda el entubamiento por la boca, que se tolera muy bien y sin necesidad de anestesia. Esta maniobra es más fácil que la broncoscopia, porque dicho tubo es movible. El entubamiento facilita: 1.°, las operaciones en las fauces y disminuye sus peligros, por cuanto el cloroformo va directamente al pulmón, con lo cual se hace posible una anestesia profunda empleando poco cloroformo y se excluye el peligro de la neumonía por deglución; 2.°, se mejora y facilita la anestesia, aunque sea mala en lo demás, con poco cloroformo; no hay reflejo del trigémino y el aflujo del aire es amplio. La ejecución del procedimiento no tiene nada de mortificante; 3.°, se evita la asfixia; 4.°, sirve bien para la anestesia con exceso de presión.

El Dr. *Kausch* (de Breslavia) hace notar que la broncoscopia no tiene nada de difícil y que presta excelentes servicios.

El Dr. *Hoffmeister* (de Stuttgart) refiere el siguiente caso: Un individuo se tragó hace medio año un botón; el examen radioscópico dió resultado negativo. Con la broncoscopia se encontró á una distancia de 11 centímetros de la fila de dientes una estrechez y á 18 el botón, pero no fué posible extraer éste á causa de la gran hemorragia Por fin se cohibió ésta introduciendo gasa yodofórmica por el tubo. En vista de lo observado, se hizo la neumotomía, en la que presta muy buenos servicios la broncoscopia, por cuanto gracias á ella se empujó el cuerpo extraño hacia abajo y contra el dedo. Pero en esto se formó un absceso en el hemisferio cerebral izquierdo, absceso que fué operado. A los ocho días se presentaron de nuevo síntomas cerebrales y al mes sucumbió el enfermo, pero en la autopsia se encontró que la herida pulmonar estaba en vías de curación.

El Dr. *Helferich* (de Kiel) califica la traqueobroncoscopia de notable adquisición de la terapéutica. Gracias á ella, consiguió extraer en dos niños un clavo y un gancho que hacía mucho tiempo que se habían atascado en los bronquios.

El Dr. *Killian* (de Freiburgo) insiste en que con la introducción de la

traqueobroncoscopia se facilita mucho la anestesia, puesto que gracias á ella pueden los pacientes respirar con facilidad. Para la extracción de los cuerpos extraños que se hinchan, tales como las judías, recomienda la traqueotomía. Después de introducido el instrumento, se puede cloroformizar sin temor lo mismo á los ancianos que á los niños; así lo han hecho, y con excelente resultado, el autor en un niño de dos años, y Neumeyer en uno de ocho meses. Con el taponamiento se cohibe fácilmente la hemorragia, porque á causa de la elasticidad del tejido pulmonar, la presión interior de la sangre no es más que de un tercio. De aquí que acaso convenga introducir el instrumento en los casos de hemorragias pulmonares.

Modificaciones de la tráquea en los casos de bocio. — El Dr. *Blauel* (de Tubinga) presenta una gran serie de imágenes radiográficas que dan á conocer las dislocaciones y cambios de forma que experimenta la tráquea en los casos de bocio.

El Dr. *Kocher* dice que la radiografía tiene mucha importancia para conocer en qué lado hay que extirpar el bocio. Pero además aconseja como medio auxiliar de exploración, la percusión del bocio, para determinar y precisar la dislocación de la tráquea que acaso pueda existir.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

(*Continuará*).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 23 de Junio de 1905.

Tratamiento del bocio con los rayos X. — El Dr. *R. Stegmann* refiere que al mismo tiempo que Görl, en Wurzburgo, ha tratado él con los rayos X 13 casos de bocio y de enfermedad de Basedow. En varios casos de bocio parenquimatoso que recayeron en mujeres jóvenes y de edad, disminuyeron el perímetro del cuello y las molestias respiratorias, sin que se presentara con el tratamiento ningún fenómeno digno de mención. También trató con los rayos X un caso de recidiva de adenocarcinoma del tiroides, relativo á una mujer de treinta y dos años que había sido operada hacía uno. El examen histológico del tumor demostró que era un adenoma con proliferación glandular muy abundante y que ya presentaba en algunos puntos el carácter de un adenocarcinoma. En la fosa supraclavicular existía un tumor que provocaba dolores violentos en el brazo derecho. A las tres semanas de tratamiento retrogradaron estas molestias, disminuyó el perímetro del cuello en 3 cm. y la enferma recobró su capacidad para el trabajo. En un caso de enfermedad de Basedow al cabo de un mes próximamente de tratamiento disminuyó un poco el bocio y cesaron por completo los síntomas cardíacos y pulmonares (el pulso bajó de 130 á 80), se hicieron menos frecuentes los brotes de sudor y disminuyó un poco el exoftalmos. A todo esto no se presentaron síntomas de tiroidismo.

El Dr. *Eduardo Schiff* manifiesta que por indicaciones de Stegmann trató dos casos de bocio con el mismo resultado que este autor.

Adiposis circunscrita.—El Dr. *Alfredo Fuchs* presenta un caso de adiposis circunscrita de carácter patológico, al parecer de origen sifilítico. Es una mujer de veintinueve años que ha sido contagiada por su marido y que ha abortado dos veces. En los dos últimos años observó que se formó de pronto y rápidamente gran cantidad de tejido adiposo, pero limitado exclusivamente este desarrollo á la mitad inferior del cuerpo, desde la pelvis hasta las piernas; en cambio el tejido adiposo de la mitad superior del cuerpo más bien ha disminuído; sobre todo la mama izquierda cada vez se va reduciendo y va perdiendo más de su substancia propia. La falta de dolores espontáneos y á la presión, distingue este caso de la enfermedad de Dercum propiamente dicha.

Tabes dorsal. — El Dr. *Alfredo Fuchs* da cuenta de varios casos de tabes dorsal. El primero tiene de particular la existencia de movimientos de los dedos de la mano, espontáneos y continuos, á consecuencia de la pérdida completa de la sensibilidad.

El segundo es digno de atención por su marcha muy lenta. Se trataba de un hombre de setenta y cinco años que contrajo la sífilis á los dieciséis, y que ya en 1850 había presentado los primeros síntomas de la tabes (dolores lancinantes, crisis, ligeros trastornos en la coordinación), síntomas que persistieron sin alteración hasta la muerte del sujeto que ocurrió por suicidio, siendo de advertir que para su edad se conservaba muy bien.

Un caso de tabes casi estacionaria en un hombre de cincuenta y nueve años que contrajo la sífilis no sabe en qué fecha y que padece de dolores lancinantes hace treinta años.

Una enferma con tabes progresiva desde 1890 y demencia paralítica expansiva que ha desaparecido por completo (producida por septicemia, sostenida quizá más tarde por procesos crónicos de supuración, remisión sin recidiva, la enfermedad había durado desde 1894 á 1899).

El Dr. *Arturo Schüller* hace observar que la adiposis de la mitad inferior del cuerpo puede ser ocasionada por enfermedades nerviosas, tales como la tabes y también por lesiones patológicas de la cauda equina. En la enferma presentada no hay ningún motivo para suponer este último.

Nævus sarcomatoso. — El Dr. *Pablo Albrecht* presenta un niño de diez meses con un nævus sarcomatoso de la piel de la nalga y de la extremidad inferior derecha. Se trata de un fibrosarcoma que proviene de las capas profundas del tejido subcutáneo.

Inyecciones de colina. — Los Dres. *Alfredo Exner* y *K. Sywak* refieren que hace varios meses han dado cuenta Exner y Zdarek de unos experimentos que habían practicado: inyectando colina, uno de los productos de la descomposición de la lecitina, en la piel y en el testículo, vieron que sobrevenían alteraciones análogas á las que se producen con las radiaciones del radio y con los rayos X. Ahora los autores han inyectado colina en la cavidad peritoneal ó entre las dos hojas del mesenterio del intestino delgado en gatos y en conejos y después de estas inyecciones han encontrado alteraciones típicas en los ganglios linfáticos y en el bazo.

En tanto que en un ganglio normal existen numerosos folículos linfáticos, en los alterados es muy escaso el tejido linfoideo y han desaparecido los folículos. También se ha encontrado una desaparición del tejido lin-

foide en el bazo de los animales referidos. Las alteraciones mencionadas se parecen mucho á las que describe Heinecke como observadas con la aplicación de los rayos X. Hace poco tiempo ha manifestado Schlachta la sospecha de que el efecto de las inyecciones de colina se debe quizá á la cantidad de álcali que contiene esta substancia. Contra tal hipótesis se puede aducir el hecho de que en los experimentos no se ha encontrado nada que se parezca á la acción cáustica en el peritoneo y en el mesenterio, y que los únicos ganglios que han presentado alteraciones graves, son los que no habían sido interesados directamente por la colina.

Mixosarcoma del intestino.—El Dr. *Hans Lorenz* presenta un mixosarcoma que se le ha extirpado á un muchacho de trece años. Su punto de origen había sido la mucosa del intestino delgado; después se había desarrollado entre las hojas del mesenterio, había interesado los ganglios mesentéricos, y por virtud de la fusión de todas estas partes entre sí, se había formado un tumor mayor que un puño. Para extirparle fué necesario además resecar un trozo de intestino delgado de 220 cm. de largo. La operación se practicó hace cuatro días y el estado del enfermo es bueno en la actualidad.

El Dr. *Antonio de Eiselsberg* refiere que hace cerca de un año ha operado un caso parecido en una muchacha de doce años. Se trataba de un linfosarcoma de los ganglios mesentéricos; hasta la fecha no se ha presentado ninguna recidiva.

Osteítis deformante. — El Dr. *Guillermo Latzko* dice que con motivo del caso de osteítis deformante de la pierna que ha presentado hace poco Katholicky, cree oportuno, á su vez, presentar un individuo de treinta y cinco años, cuyo esqueleto está casi en totalidad interesado por dicho proceso. Lo que más llama la atención son los enormes abultamientos y corvaduras que existen en las extremidades inferiores y las prominencias que aparecen en los huesos del cráneo. La enfermedad tiene nueve años de fecha; su curso es progresivo y no ha influído en él ningún tratamiento. Según el autor, lo patognomónico de esta afección es el contraste que se observa entre la deformidad casi siempre muy considerable del esqueleto y el hecho de conservarse la facultad de andar aunque en grado moderado. Este síntoma no se observa en ninguna otra de las enfermedades óseas, análogas á la presente, tales como la osteomalacia y los mielomas múltiples y es debida tal particularidad al engrosamiento y condensación de la cortical que se ven claramente en la imagen radiográfica.

Intervención quirúrgica en los procesos puerperales. — El Dr. *Guillermo Latzko* da cuenta de un proceso puerperal en el que se practicó la ligadura de dos venas espermáticas que tenían el grosor de un dedo y que no estaban trombosadas.

En otro caso en que había endometritis séptica y peritonitis purulenta, se practicó la extirpación uterina supravaginal con tratamiento retroperitoneal del pedículo.

La analgesia espinal en el niño.—El Dr. *Carlos Preleitner* da cuenta de seis observaciones clínicas relativas á este particular y resume el resultado de las mismas en los siguientes términos:

La analgesia espinal está exenta de peligro en el niño. A diferencia de la anestesia general, se puede emplear sin peligro aunque haya lesiones

cardíacas ó bronquitis. Como el paciente conserva su conocimiento, está excluído el peligro de la neumonía por deglución que existe en la anestesia general. Se economiza el anestesiador. La incontinencia temporal de orina que algunas veces se presenta, tiene poca importancia y desaparece pronto sin dejar vestigios.

El Dr. *Clairmont* dice que el hecho de haberse presentado la incontinencia cinco veces entre 40 casos de analgesia espinal, debida probablemente á la formación de un hematoma, no hace el procedimiento muy recomendable en el niño.

El Dr. *Eiselsberg* previene también contra el empleo demasiado pródigo de la anestesia espinal y pregunta si existe alguna indicación especial de la misma.

El Dr. *Alejandro Fraenkel* dice que la suspensión de la conciencia no es más que una parte de los problemas que hay que resolver en Cirugía infantil. Como en el niño no importa mucho el factor psíquico, de aquí que en este caso tenga mucho menos valor la anestesia local. Pregunta cómo se conducen los niños cuando se les opera con analgesia lumbar.

El Dr. *Preleitner* dice que la indicación la suministra en parte el peligro de la neumonía; que la causa de la incontinencia consiste en un efecto de la eucaína, no en la formación de un hematoma, y que los niños mientras se les opera con anestesia local unos se duermen y otros están despiertos, pero tranquilos y se les distrae con facilidad.

Las laminillas sanguíneas en la parálisis progresiva.—El Dr. *Gustavo Puchberger* dice que en la mayoría de los casos de parálisis progresiva se encuentran alteraciones patológicas en las laminillas sanguíneas; dichas alteraciones consisten en aumento, disminución ó hipertrofia de tales laminillas.

El Dr. *Carlos Sternberg* conceptúa muy inseguros los resultados que se obtienen en la investigación de las laminillas y sobre todo critica la comprobación de una hipertrofia.

(*Wiener Klinische Rundschau*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Tratamiento de las ictericias. — El Dr. Friesinger recomienda el tratamiento siguiente: Régimen lácteo, litro y medio diario de leche mezclada con agua alcalina y además 2 gramos de hojas de boldo en infusión dos veces al día en una pequeña cantidad de agua. Como purgante está indicado el sulfato de sosa á la dosis de una cucharada pequeña disuelta en agua alcalina. Los antisépticos intestinales están contraindicados porque son irritantes y desmineralizan el organismo. Están indicados los enemas de un litro, calientes si hay cólico intestinal ó fríos mañana y tarde.

El laxante matinal se administra durante ocho días y después se suspende por el mismo tiempo administrándose el salicilato ó mejor el bon-

zoato sódico á la dosis de gramo y medio disuelto en agua alcalina. Puede sustituirse el laxante matinal por la píldora siguiente:

Evonimina	0'05 gramos.
Podofilina	aa. 0'01 —
Extracto de belladona	
Jabón medicinal	c. s

Si la acción es muy enérgica se emplea la mitad de la dosis.

El prurito se combate por los baños alcalinos, las duchas de lluvia calientes, las lociones bicotidianas de coaltar (media cucharada por litro de agua), de alcohol alcanforado, de vinagre fenicado (al 1 por 2000), de ictiol de cloral (al 2 por 100). Después de la locción se espolvorea con

Talco en polvo	100 gramos.
Mentol	50 centígramos.

Si el prurito persiste se darán dos ó tres veces al día toques con la mezcla siguiente:

Ictiol	10 gramos.
Alcohol	aa. 50 —
Eter sulfúrico	

Espolvorear en seguida.

ó bien

Glicerina	60 gramos.
Cloroformo	20 —

Para corregir las lesiones cutáneas producidas por las uñas, al rascarse, se emplean las compresas mojadas en agua hervida, de tilo, de malvavisco que se cubren con hule de seda y se renuevan cada tres ó cuatro horas.

Si la ictericia es debida á un cálculo, se emple. las aguas minerales alcalinas y como último recurso la intervención quirúrgica.

Si se presentan los síntomas de la ictericia grave, se emplea el tratamiento recomendado por el Dr. Chauffard: Dos litros de leche por día y un enema evacuante seguido una hora después de otro de agua salada (250 gramos al 7 por 1000), que debe ser conservado. Como alimento: 100 gramos diarios de hígado de cerdo triturado en una pequeña cantidad de agua. Para calmar la agitación nerviosa, envoltura en sábanas mojadas en agua á 38°; las envolturas se repetirán mañana y tarde. Baños frescos á 28 ó 30° de diez á quince minutos de duración, dos á tres veces por día.

(*Rev. de Thér. Medico-Chirurgicale*, 1.° julio 1905).—F. Toledo.

El jugo gástrico en los ancianos.—De 70 personas de cincuenta á setenta años, cuyo jugo gástrico analizó el Dr. Sesdelin, refiere este autor que faltaba en un 28 á 40 por 100 el ácido clorhídrico libre en dicho jugo; en cambio, en otros muchos casos la cantidad de jugo gástrico era muy escasa, de tal suerte que sólo en seis personas se encontró que la cantidad de ácido clorhídrico se mantenía en sus límites normales. Entre las mujeres, se encontraron 35 por 100 de casos de aclorhidría; entre los hombres 55 por 100. La arterio-esclerosis parece favorecer la falta de ácido clorhídrico.

(*Berliner klinische Wochenschrift*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

INOCUIDAD Y EFICACIA DEL RASPADO UTERINO EN EL ABORTO INCOMPLETO

POR

D. ADOLFO MARTÍNEZ CERECEDO

Doctor en Medicina y Cirugía.

Del mismo modo que la deficiente asistencia al embarazo, parto y puerperio es la causa principal de casi todas las infecciones puerperales, igualmente puede aseverarse que la mala asistencia durante el aborto ó después de él, es la causa más poderosa de metrorragias é infecciones que pueden matar á las enfermas.

Todavía la asistencia al aborto exige conocimientos más especiales para en cada caso determinar si el aborto es evitable ó inevitable, completo ó incompleto, con el fin de amoldar la terapéutica á cada caso particular, pues al fin, mientras que el parto es un acto más ó menos fisiológico, el aborto constituye siempre una perturbación en el proceso gestativo que reclama frecuentemente la intervención facultativa.

Al que no reflexione un poco sobre la morbilidad y mortalidad provocada por el aborto constantemente, al que ignore los antagonismos existentes en varios puntos de vista relativos á este interesante asunto entre Tarnier, Pinard y Doléris; al que desconozca las contradicciones reinantes entre Bumm y Krœnig y las discrepancias que separan á Kustner y á Winter, parecerá supérfluo que haya quien se preocupe de un asunto tan viejo y corriente como todo lo referente al aborto, y sin embargo, yo opino que es pertinentísimo ocuparse de una cuestión que conceptúo muy transcendental precisamente por la morbilidad y mortalidad que entraña.

En ciencias de observación y experiencia, todos los que nos dedicamos á ellas tenemos el derecho y hasta el deber de expresar el

fruto de nuestra práctica, cualquiera que sea el éxito logrado para que el conocimiento de los hechos referidos puedan servir de enseñanza á los demás.

Cuando Tarnier y Pinard, en frente de Doléris, afirman que el legrado motivado por el aborto seguido de retención de placenta es *imperfecto, inútil muchas veces, y en ocasiones hasta peligroso*, yo no puedo menos de protestar contra estas aseveraciones que estimo destituídas de fundamento, no precisamente porque Doléris en Francia se haya constituído en entusiasta defensor del raspado en dichas circunstancias, sino porque por encima de todas las autoridades está para mí la observación y experiencia que me demuestra diariamente que si bien en algunos casos puede resultar el legrado inútil, porque quizás espontáneamente la placenta hubiese sido expulsada, en cambio el legrado no es imperfecto ni peligroso practicado por persona apta y habituada, por lo tanto, al manejo de la legra.

Hay una consideración importantísima que impulsa á legrar sin esperar á hemorragias ó infecciones que comprometan la vida de la paciente; me refiero á la endometritis hemorrágica post-abortum que jamás observé en las abortadas legradas á tiempo y que por el contrario es frecuentísima en los abortos tratados por la expectación. Todo el que asista á Dispensarios de Ginecología, verá con qué frecuencia se presentan enfermas con endometritis hemorrágica consecutiva á abortos, á veces ignorados por las mismas interesadas.

Podrá tener razón Winter cuando afirma que la caducá puede convertirse en mucosa normal, pero mis observaciones están más de acuerdo con las aseveraciones de Küstner cuando dice que después del aborto pueden quedar persistentes restos de caduca que pueden dar origen á irritaciones inflamatorias en el endometrio, á endometritis.

Es cierto que los estudios concienzudos de Histología patológica en las endometritis pútrida ó saprofítica verificados por Bumm, son seductores en el sentido de dejarse uno impulsar á una expectación que pudiera ser imprudente á pesar de la zona de reacción que forma el límite del proceso patológico.

No es menos cierto que Krœnig jamás pudo observar una coexistencia de estreptococos ó estafilococos con bacterias de putrefacción alojadas en el útero, y que por esta razón no cree que una endometritis pútrida favorezca y contribuya á la producción de

una endometritis piógena; pero sin embargo de las autorizadísimas observaciones de Bumm y Krœnig, la experiencia me enseña que sea porque los microorganismos no respetan la zona de defensa, ó porque la infección séptica se sume á la pútrida ó saprofítica, el hecho concreto es:

1.° *Que la expectación en la infección pútrida es peligrosa.*

2.° *Que el legrado uterino es de gran eficacia*, y dicho lo que antecede, voy á referir concisamente los últimos abortos tratados y algunos interesantes ocurridos hace ya bastantes años.

***

Empezaré por los casos asistidos en los meses de abril, mayo y junio últimos:

1.° Una mañana del mes de abril fuí llamado urgentemente para ver una enferma que sufría abundantes metrorragias y cuyo estado lo califiqué de gravísimo. Enterado brevemente de su historia menstrual, comprendí rápidamente que se trataba de un aborto en el tercer mes. Como eran las siete de la mañana me limité á hacer una irrigación vaginal y á colocarle un tapón mientras no concurrió otro compañero para que la viera en consulta y ver si opinaba como yo respecto á proceder inmediatamente al vaciamiento del útero. El estado de la enferma revestía suma gravedad, tenía la cara muy pálida, el pulso pequeño y frecuentísimo (140 pulsaciones) á veces incontable, zumbidos de oídos, trastornos visuales y tendencias sincopales.

Hecho el taponamiento le inyecté dos jeringas hipodérmicas de ergotina Ivon y 300 gramos de suero fisiológico, y como la metrorragia por más que disminuída continuaba, los síncopes se sucedieron y el pulso cada vez más filiforme, se hacía incontable; en consulta con el ilustrado especialista Dr. D. Ruperto Sánchez Rodríguez, acordamos hacer un legrado de urgencia, pues la enferma se nos iba rápidamente; por la tarde á las dos la inyecté otros 300 gramos de suero Hayem y á las tres la legré inyectándole nuevamente á las diez de la noche igual cantidad de suero que por la mañana y tarde.

Al día siguiente por la mañana tenía 120 pulsaciones y 36 grados, al tercer día 110 pulsaciones y 36 y $^1/_2$ y así fué cotidiana y paulatinamente adquiriendo el pulso, la temperatura, la inervación y todas las demás funciones, las condiciones fisiológicas hasta recuperar el estado normal que por la anemia adquirida se retardó dos ó tres meses.

2.° El día 22 de mayo último, una embarazada de dos meses y medio notó algunas manchas de sangre como si quisiera reaparecerle la menstruación. En vez de acostarse y solicitar el consejo facultativo, salió á la calle y se cansó de caminar subiendo y bajando escaleras sin la más mínima precaución y por la noche tuvo una abundante metrorragia.

El día 23 á las ocho de la mañana fuí solicitado y previa irrigación la coloqué un tapón aséptico. La hemorragia disminuyó considerablemente, pero tampoco desapareció como en el caso anterior. En consulta con el compañero citado, acordamos legrarla el día siguiente por la mañana que tenía ya 37 y $^1/_2$ grados.

El estado cardíaco-cerebral de esta enferma era de menor gravedad, pero análogo al del primer caso referido. Al legrarla observé que el huevo roto y desprendido estaba en la cavidad cervical cuyo orificio externo muy estrecho (primípara) le dilaté con los tallos de Hégar hasta el número 14; legré, lavé y desagué; y diez horas después tenía la enferma 39 grados y 110 pulsaciones. Le ordené enemas y un purgante, y el segundo día por la mañana la temperatura era normal con 90 pulsaciones por minuto.

Continuó rápidamente mejorando, y á los diez días la dí de alta completamente curada.

***

3.° En la calle del General Ricardos, núm. 44, asistí á una enferma que, como Tocólogo del Distrito de la Latina, solicitó mis auxilios.

Se trataba de una plurípara que manifestaba que hacía quince días había abortado; sufría flujos sanguinolentos fétidos con fiebre remitente que descendía hasta 37 y $^1/_2$ con pulso lento.

Llevada la enferma á la Casa de Socorro de la Latina, (Sucursal), la practiqué el legrado uterino hallando la placenta podrida y muy adherida al conducto cervical; irrigué, legré y desagué y al día siguiente la fiebre osciló entre 38 y 38 y $^1/_2$ sin notar los escalofríos que había sentido antes del legrado. A los dos días de la operación la defervescencia fué completa con 54 pulsaciones por minuto. Continuó apirética y al sexto día la dí de alta aconsejándole que se hiciera dos irrigaciones vaginales diarias. A los dos ó tres días de practicado el raspado uterino, tanto en este caso como en los demás, hice la primera cura después de la operación, consistente en irrigación uterina simplemente aséptica y tapón con gasa yodofórmica esterilizada intrauterino ó vaginal, según los casos. Esta

enferma, igualmente que las dos anteriores, curó radicalmente, habiendo desaparecido después del legrado la fiebre y el flujo uterino.

***

4.° Este caso de aborto se refiere á una plurípara que tuvo dos partos de tiempo y que el día 2 de junio empezó á perder sangre á consecuencia quizá de la triste impresión experimentada por la separación de una hija que se ausentó de esta Corte. El día 5 expulsó un feto de tres meses y medio y el 6 empezó la fiebre, que continuó hasta el 11, que tenía cuando fué operada 39 y $^1/_2$ grados, después de haber sufrido escolofríos, sudores y cefalalgias, etc.; en una palabra, todo el cuadro de una infección por retención.

El día 12 y 13 ó sea el segundo y tercero á contar del día de la operación, la fiebre osciló entre 37 y $^1/_2$ y 38 para el día 14 quedar completamente apirética.

Esta enferma por la cantidad de sangre perdida y por la infección que sufría, fué considerada como caso grave en que ya se apelaba demasiado tarde á tan heróica intervención, que fué realizada también en la Casa de Socorro de la Latina (Central), con éxito maravilloso.

***

5.° Este caso de aborto es muy probable, en virtud de las condiciones individuales y sociales en que ocurrió, que haya sido provocado.

Cuando solicitaron mi asistencia llevaba una semana con metrorragias y fiebre, habiendo mejorado su estado, bajo la influencia de la quinina y de irrigaciones vaginales, pero por más que la pérdida sanguínea había disminuído notablemente, no desaparecía por completo.

La legré y salieron restos placentarios, continuando la enferma en perfecto estado sin reaparecer la fiebre ni el flujo sanguíneo.

***

6.° Este se refiere á una enferma que abortó á los dos meses y medio, y que no obstante de la metrorragia y de la fiebre por retención y descomposición de restos del huevo, se negó á sufrir la operación. La traté con irrigaciones uterinas diarias antisépticas de permanganato de $^1/_4$ al $^1/_2$ por 1.000 y taponamiento uterino con gasa yodofórmica esterilizada.

Este tratamiento dió buen resultado, porque en cuatro ó cinco

días, se extinguió la fiebre y desapareció el flujo de sangre, pero es indudable que por no haber legrado oportunamente pudo haberse difundido la infección en extensión ó profundidad con sus desagradables consecuencias.

***

Análogos á los seis casos citados pudiera referir muchos más, en todos los cuales he obtenido siempre igual resultado con el legrado uterino desde el año 98 que comencé á dedicarme al estudio teórico práctico de la Ginecología. Para hacer más ostensible todavía la eficacia de tal intervención, recordaré una enferma que con metrorragias consecutivas á una endometritis post abortum ingresó en el Hospital de la Princesa (Sección del Instituto de Terapéutica operatoria), en mayo del 98 para ser legrada. No quiso operarse y salió del Hospital, continuando con metrorragias hasta abril del 1899 que la legré en el Instituto Rubio de Terapéutica Operatoria, habiendo cesado dicho flujo y continuando todavía hoy en perfecto estado fisiológico.

***

De los diferentes casos de abortos de curso ó terminación desgraciada por no haber recurrido al raspado de la matriz ó por haber sido practicado excesivamente tarde ó sin la debida asepsia, recordaré exclusivamente dos que se refieren á los primeros años de mi ejercicio profesional, en que la especialidad no estaba tan adelantada como hoy, y sobre todo en que yo carecía de la ciencia y arte necesario para obtener los resultados que hoy obtienen todos los especialistas. No hemos de expresar sólo los éxitos, es también conveniente referir los fracasos que son de tanta enseñanza ó más que aquellos.

Hace muchos años asistí á una señora que abortó durante el tercer mes de la gestación; se realizó en dos tiempos expulsando la placenta cuatro días después del embrión. Durante el proceso de desprendimiento ocurrieron repetidas hemorragias que debilitaron profundamente á la enferma.

Las hemorragias fueron acompañadas y seguidas de fiebre que adoptó el tipo cotidiano intermitente con sus tres períodos perfectamente marcados (escalofrío, fiebre, abundantes sudores y defervescencia completa); como el caso ocurrió en la Isla de Puerto-Rico, donde el paludismo era muy frecuente en aquella época, se atribuyó el estado febril á una infección de dicho caracter, tanto

más cuanto que macroscópicamente parecía haber sido expulsada íntegra la placenta. Se trató con las sales de quinina, pero la fiebre con mayor ó menor intensidad duró dos septenarios, y la metrorragia fué sustituída por un flujo sanguíneo poco considerable, que no se logró extinguir con irrigaciones vaginales ni lavados uterinos. La enferma se fué debilitando paulatina y progresivamente. Aparecieron, además, en los miembros inferiores y la enferma sucumbió con ostensibles caracteres de astenia general é hiposistolia cardíaca, agotada indudablemente por la fiebre y pérdida sanguínea habida anteriormente.

Este caso se hubiera salvado seguramente con un legrado uterino oportunamente practicado.

Otro caso recuerdo también que terminó por fallecimiento de la enferma, cuya infección se agravó adquiriendo caracteres de mayor intensidad á causa de la colocación de la esponja preparada (seguramente sin la asepsia conveniente), para dilatar el conducto cervical y realizar el consiguiente vaciamiento uterino.

Este caso igualmente que el anterior y otros, cuya relación omito para que este artículo no resulte excesivamente extenso, demuestran elocuentemente que el resultado fatal que sigue á muchos abortos depende de la falta de medios ó de competencia del facultativo, pues rodeado el Tocólogo ó Ginecólogo de todas las circunstancias necesarias de asepsia logrará siempre, ó casi siempre, éxitos satisfactorios análogos á los primeros referidos, si recurre oportunamente al legrado uterino, sin esperar á que surjan grandes hemorragias ó infecciones que pueden comprometer la vida de las enfermas.

***

En muchas ocasiones podrá ser innecesario el raspado, porque el desprendimiento digital del huevo ó restos placentarios sea posible auxiliado con irrigaciones uterinas y el taponamiento con gasa yodofórmica esterilizada; pero el legrado de la matriz practicado por persona competente no puede ser imperfecto ni peligroso, siendo la mejor garantía contra la hemorragia, la infección, la metritis subinvolutiva y la endometritis post abortum.

Es indudable, y la práctica diaria lo confirma cada día, que la expectación armada con irrigaciones y taponamiento aséptico puede ser eficaz, especialmente durante el cuarto mes de la gestación, mientras no se desprende la placenta, según aconsejan Olshausen, Veit y otros. En estas circunstancias en que el desprendimiento

placentario espontáneo puede ser laborioso y dar tiempo á que el cuello se estreche después de la rotura del huevo y la expulsión fetal, las irrigaciones y el taponamiento uterino, manteniendo limpio y dilatado el útero, dificultan la infección y facilitan la expulsión permitiendo una expectación armada y razonada, bajo una observación atentísima del pulso y de la temperatura de la enferma, porque toda ascensión febril, aunque sea de tipo marcadamente remitente y hasta intermitente, según mi observación, constituye una indicación evidente de rápido vaciamiento uterino.

De la relación de los diferentes casos de aborto mencionados pueden deducirse las siguientes conclusiones:

1.ª Que el legrado uterino constituye el tratamiento más eficaz de la metrorragia é infección consecutiva al aborto.

2.ª Que es á la vez el recurso más heróico para prevenir la metrorragia é infección en los casos en que la placenta retarda su salida de la cavidad uterina, y que dicha intervención no es imperfecta ni peligrosa, practicada por manos hábiles, por más que Tarnier y Pinard afirmen lo contrario.

3.ª Que aun expulsado el huevo íntegro ya en un tiempo, ya en dos, pueden quedar trozos de caduca adheridos á la cavidad uterina que se conviertan en el origen de endometritis hemorrágica post abortum, cuyo único tratamiento razonable, heróico y, por lo tanto, científico, es el raspado de la matriz.

4.ª Que es cierto que la endometritis saprofítica ó pútrida puede curar espontáneamente gracias á la zona de reacción ó defensa orgánica tan bien estudiada por Bumm, pero no obstante de esto y de la aseveración de Krœnig «que no pudo observar una coexistencia de estreptococos y estafilococos con bacterias de la putrefacción alojadas en el útero», sin embargo de todo esto, mi observación y la de otros prácticos parece confirmar que la infección pútrida puede favorecer la séptica y, por lo tanto, el legrado uterino produce un resultado eficacísimo, tanto más, cuanto que la infección saprofítica permanece limitada á la mucosa uterina más frecuentemente que la séptica.

5.ª Que el legrado de la matriz hábilmente practicado carece de los peligros que se le han imputado, y si no se abusa imprudentemente de los caústicos enérgicos después del raspado, las funciones uterinas (menstruación y gestación), son respetadas por la operación, porque una nueva mucosa uterina surgirá de los fondos de saco de las glándulas que penetrando dentro de la capa muscu-

lar, se ponen al abrigo de la destrucción producida por la legra, quedando así garantizada la regeneración rápida y completa de la mucosa uterina y, por lo tanto, de sus funciones especiales y trascendentales á la salud de las operadas y á la vida de la especie.

CONSIDERACIONES CLINICAS CON MOTIVO DE UN CASO DE RIÑÓN FLOTANTE

TERCER GRADO — NEFROPEPSIA

POR

DON JUAN M. IRIGOYEN

Médico en Usurbil.

María Arocena, veintiséis años, de Usurbil (Guipúzcoa), soltera, mediana constitución, bien reglada á los catorce años.

Nada hay en los *conmemorativos* referentes á la *familia* y á la *enferma* digno de mención.

Anamnesia de la enfermedad. — En marzo de 1898 fué afectada de trancazo, quedando como secuela la tos, gran debilidad, inapetencia, eructos y laxitud de vientre; el 1.° de julio recibió una pedrada, consecutiva á la explosión de una cantera, en el vértice del pecho; se repuso y nada sintió durante tres meses, al cabo de los que empezó nuevamente á sentirse enferma sin causa alguna apreciable, teniendo tos nerviosa. Al año del golpe nota un estorbo en la parte derecha del abdomen; en decúbito lateral izquierdo una sensación de pesantez, aparición constante de la tumoración y como si se le cayera, sujetando instintivamente con la mano derecha, que abarcaba el vientre, lo que no ocurría en el otro decúbito. En un trabajo manual algo fuerte y prolongado principalmente, en el de coser, la parte subcostal derecha se pone dolorosa; después de las comidas vése obligada al reposo absoluto, por imposibilidad de moverse y temor al vómito; la tumoración va manifestándose cada vez más, con lo que coincide la agravación de los fenómenos digestivos y sensaciones ventrales, que son en parte mitigados con la aplicación de la faja de Glenard.

Estado actual. — Hábito exterior. Prefiere el decúbito lateral derecho; coloración terrosa, regulares carnes.

Nota en el vientre una sensación de peso, laxitud, flojedad; hay

un dolor sordo continuo, exacerbado por otros más vivos por debajo del reborde costal derecho, agrandándose á la presión, sentados ó de pié, y aminorándose con el reposo en la cama; al subir el brazo derecho siente como si algo estuviera tenso interiormente.

Palpación.—Se nota un tumor compacto y elástico, bien limitado y de forma de habichuela, en cuyo lado interno se nota una escotadura y que fácilmente á una presión encontrada se retira á la fosa lumbar. Para que la tumoración flote en el vientre, no tiene más que colocarse en decúbito lateral izquierdo y ejercer movimientos de lateralidad al tronco; desciende desde las costillas falsas derechas hasta el ombligo, ocupando parte del hipocondrio y vacíos derechos y mesogastrio.

Percusión.—Sonido timpánico, á veces mate.

Aparato digestivo.—Mal gusto de boca, pesadez de estómago, náuseas, vómitos frecuentes, sobre todo si se mueve, el estómago bazuquea, astricción pertinaz.

Sistema nervioso.— Moderado insomnio, irritabilidad de carácter, cefalalgia frontal, sobre todo al despertarse.

Diagnóstico. — Riñón flotante, tercer grado.

Pronóstico. — Favorable *quoad vitam*, aunque no tanto *quoad funcionem*, por las participaciones reflejas.

Tratamiento. — *El operatorio.* Una vez obtenida la esterilización del instrumental, de las manos del operador y ayudantes y del campo operatorio, procedióse á la cloroformización, previa una inyección de morfina (1 centígramo) y de esparteína (3 centígramos).

Practicóse la *fijación quirúrgica* el día 27 de octubre de 1904, en unión de los Sres. Aguirresarde é Irigoyen (D. José), siguiendo el *procedimiento de Guyon*, abarcando los siguientes tiempos:

1.° *Incisión de las partes blandas.* — Verificóse una incisión longitudinal en el espacio costo-ilíaco derecho, próximamente á 8 centímetros de la línea espinosa; incindióse la piel, la capa celulograsienta, la aponeurosis lumbosacra, el gran dorsal, la aponeurosis del oblicuo menor, la fuerte hoja media del transverso, retiróse adentro con un separador el borde anterior del cuadrado, previa su desinserción inferior en la cresta ilíaca unos 2 centímetros, cortóse la hoja anterior del transverso, penetrando ya en la atmósfera grasosa del riñón; hacia arriba cortóse sobre el pulpejo del índice izquierdo, que separaba la grasa, á la par que exploraba el fondo de saco pleural. Con el fin de ampliar la herida, siguiendo á Pean, extendióse unos centímetros sobre el borde costal y la cresta ilíaca.

2.° *Incisión y excisión parcial de la cápsula.* — Abiertos, mediante separadores, los bordes de la herida, á la que el ayudante dirigió con el puño el riñón, desgarróse la cápsula mediante los índices, previa sujeción con pinzas hemostáticas, con las que siguiendo á Albarrán, retiróse al exterior la cápsula perirrenal, con lo que se fijó el riñón; una vez al descubierto, explorose el riñón.

3.° *Sutura intraparenquimatosa del riñón á la pared lumbar.* — Atravesóse el riñón con tres hilos dobles de catgut núm. 2, valiéndonos de la aguja de Moij, próximamente á un centímetro, y colocados dos pares en los dos polos é intermedio el otro, de modo que en cada cara del riñón teníamos tres pares de hilos; con cada par hízose un nudo doble al nivel de la substancia propia ó fibrosa del riñón. Explorando cuidadosamente el fondo de saco pleural, nos convencimos de poder atravesar impunemente la aguja de Moij, desde el espacio intercostal último, rasando la costilla á la herida; sujetamos en ella un hilo del primer par anterior y conseguimos sujetar el riñón á la última costilla, merced á un nudo practicado con su compañero libre, con lo que se rodeaba en asa á la costilla; los demás pares los anudamos en las masas musculares inmediatas, para lo que puncionábamos con la aguja de Moij; la masa muscular y la cápsula adiposa, bien tensa, pasando uno de los hilos de cada par y anudando con su compañero libre; para completar la fijación colocamos un cuarto hilo doble de crin de Florencia en la misma forma que los anteriores; á medida que íbamos anudando fuímos excindiendo lo sobrante de la cápsula adiposa.

4.° *Sutura de la herida lumbar.*—Las masas musculares se unieron con catgut mediante una sutura á punto por encima, con desagüe, hecho con gasa yodofórmica; la sutura entrecortada simple con crin de Florencia sujetó los labios cutáneos de la herida, dejando al nivel del desagüe dos *puntos sueltos* del Dr. Sagarra, de Valladolid. Aplicóse una cura antiséptica húmeda al sublimado, sujetando con un vendaje de cuerpo.

Diario de observación. — Día 29 de octubre. Retírase el desagüe y anúdanse los puntos sueltos. Presenta fiebre de reabsorción de 38 á 38°,5, que dura siete días.

Día 3 de noviembre. Retíranse los puntos de crin de Florencia. Cicatrización de primera intención. Levántase á primeros de diciembre, llevando la faja de Glenard.

Reflexiones. — En lo que atañe al tratamiento, vamos á dirigirnos las siguientes preguntas: 1.ª ¿Cómo hemos planteado la indicación

ó la oportunidad terapéutica? O sea, ¿hemos instituído una terapéutica patogénica? 2.ª ¿Cómo hemos llenado las necesidades de esta terapéutica? 3.ª ¿Qué resultados hemos conseguido?

Primera pregunta.—Si conduciéndonos de un ligero examen de la enferma, al observar el alivio que notaba con la sujeción manual del vientre, y fijándonos en la manifiesta preponderancia de la sintomatología gástrica, característica de las ptosis intestinales, hubiéramos llegado á esta conclusión, nos hubiéramos contentado con la aplicación de un vendaje que supliera á la contención manual, proscribiendo la operatoria. Pues bien, nuestro diagnóstico era erróneo, nuestro razonamiento falso y nuestra terapéutica irracional. Aun en el caso de un diagnóstico exacto, proceder siempre de esta manera sería conducirnos por *sistema*, prescindiendo de la *oportunidad terapéutica;* llevar al campo de la clínica un concepto exclusivamente patológico, no es hacer *clínica;* es otro muy distinto el alcance de ésta, la *individualización, lo concreto.*

Estudiar la fisiología patológica, inquirir el modo de producirse la sintomatología, es crear los primeros destellos de la obscura indicación; esto es lo que vamos á intentar estudiando la fisiología sintomatológica del riñón movible, tan magistralmente estudiado por Albarrán en su *Etude sur le rein mobile.*

A) ¿Cuál es la patogenia del *dolor* en nuestra enferma? Leamos al Dr. Albarrán: «El dolor sentido por los enfermos puede pasar de la simple molestia acusada en la hipocondría, sobre todo después de la marcha ó de un esfuerzo cualquiera, hasta el dolor casi constante, que hace todo trabajo imposible y condena al enfermo á la permanencia en la cama. Esta variedad de dolores puede explicarse por el estiramiento de los plexos nerviosos que determina el desplazamiento del riñón».

Ahora bien, ¿cuáles son las causas que provocan el desplazamiento del riñón y por ende la irritación nerviosa de los plexos? «... Hay nefroptosis que parecen puramente traumáticas, pero en la inmensa mayoría de los casos la causa ó las causas determinantes que pueden ser invocadas en un sujeto son tan poco eficientes, que para comprender la dislocación renal es preciso invocar una predisposición congénita». En nuestra enferma es innegable la influencia traumática, lo afirma la historia; quizás hubiera predisposición.

¿Qué conclusión sacar de este estudio clínico etiologicopatogénico? «De este estudio de la patogenia del dolor, debéis deducir que para hacer desaparecer el síntoma es preciso, por los medios que

estudiaremos ahora, fijar el riñón de una manera bastante completa para no permitir los desplazamientos secundarios de las extremidades del órgano. Si el medio de contención es suficiente y el curso de la orina libre, los dolores deberán desaparecer; pero es preciso saber que los fenómenos dolorosos del riñón movible no están bajo la dependencia exclusiva de las condiciones mecánicas, sino que hay que tener en cuenta las reacciones individuales del sistema nervioso de cada enfermo». En nuestra renálica hay que, si no suprimir, por lo menos reducir al mínimum esas reacciones, ya que la tetanización del sistema nervioso sólo ha llegado al nervosismo, sin asignar el carácter histérico.

B) ¿Cuál es el peldaño alcanzado por nuestra nefroptósica en la *escala neuropática*? «En ciertos casos, los trastornos nerviosos consisten en la irritabilidad é impresionabilidad de carácter, neuralgias, palpitaciones y fenómenos de dispepsia atónica. Si en estos casos no existen estigmas de histeria ó de neurastenia, se pueden comprender estos fenómenos nerviosos bajo la vaga denominación de *nervosismo*».

Según la concepción de Albarrán, que hace del riñón movible un estigma de degeneración, se explica perfectamente la presencia de fenómenos nerviosos. «... Que en este terreno, tan favorable á la explosión de los síntomas nerviosos, un pequeño traumatismo ú otras causas determinen la movilidad del riñón y se verán desenvolverse los accidentes. Para mí, el riñón movible juega, en estos casos, el papel de causa ocasional, hay un verdadero traumatismo interno y los fenómenos nerviosos consecutivos deben ser interpretados en el sentido de histerotraumatismo ó de neurastenia de causa interna».

Esta interpretación patogénica de los fenómenos nerviosos nos lleva, por su analogía con el histerotraumatismo, á una conclusión tan claramente expresada por Albarrán: «Ved lo que pasa con el histerotraumatismo ordinario, tan bien estudiado por Berbez después de Charcot. Ora la causa ocasional no deja rastro material alguno y la neurosis continúa su evolución, ora la lesión causal, siendo curada, los fenómenos nerviosos se mejoran ó desaparecen. No conocemos todavía el por qué de estos resultados variables, pero en todo caso, sabemos que si la causa persiste, el estado neuropático se agrava, y no nos guiamos de la incertidumbre del resultado terapéutico para vacilar en extirpar una cicatriz histerógena. Lo mismo debe ocurrir, según lo pienso, para el riñón movible». Clara aparece la necesidad de la fijación para suprimir la causa.

C) Hagamos la clínica patogénica de los *trastornos digestivos*, deduciendo su indicación.

Al reflejismo resultante de la irritación del plexo nervioso por las tracciones hay que atribuir las náuseas, los vómitos y otros trastornos digestivos. La misma dipsepsia atónica de nuestra enferma no reconoce otra génesis.

Demostrada la patogenia renal de los síntomas dolorosos, nerviosos y digestivos, la indicación patogénica resultante del estudio de cada síntoma converge; hay que fijar.

Terminado el estudio de la patogenia individual, no podemos resistirnos á la tentación de anotar otra explicación más comprensiva, más general, del Dr. J. Lucas-Championnière (*Rev. Ger. de Clin., de Thep.*, p. 21, 1904) sobre los trastornos dolorosos, nerviosos y digestivos; los atribuye á un estiramiento de las cápsulas suprarrenales. «... El más importante de los medios de fijación del riñón es, en efecto, el ligamento renosuprarrenal. Pero este ligamento que fija el riñón en lo más alto, cede para el riñón, pero no para la cápsula suprarrenal. El riñón se desplaza, pero la cápsula suprarrenal no cambia de lugar. De suerte que el plexo de las cápsulas suprarrenales, irritado por la tracción del riñón ptosado, produciría los síntomas de la enfermedad».

Segunda pregunta.—¿Cómo cumplir la indicación? En nuestra enferma, á pesar de ser portadora de la faja de Glenard por espacio de dos años, nótase que no determina la cesación de los accidentes, no acalla las protestas dolorosas consecutivas á la irritación de los plexos nerviosos, no suprime la causa traumática interna..... la ineficacia de la ortopedia está probada, «la operación está indicada». Pero hay más; hay un síntoma gástrico que por su persistencia y frecuencia, comprometiendo, á pesar del uso del vendaje, la nutrición, decide en el sentido del *método de elección* de hoy día, que constituye la *nefrorragia;* son los vómitos, que aun siendo asiento en una enteroptosis acentuada, habría de resolver el problema en el sentido de una intervención quirúrgica, pues la fijación operatoria del riñón suprimiría una de las causas de la enfermedad general, uno de los generadores de los fenómenos morbosos, una fuente patológica, aparte de que con la decortización, tirando del recodo del colon, fijaba á éste, con lo que se beneficiaba la ptosis cólica, amen del empleo de la faja, como obedeciendo á la ptosis. Además, hácese con la fijación quirúrgica la profilaxia de futuros accidentes y complicaciones (estrangulamiento renal, hidronefrosis, pielone-

fritis y pionefrosis). Por fin, todos los operadores están conformes en oponer la operatoria á la etiología traumática que se reconocía en nuestra ptósica.

Como conclusión, el incesante movimiento progresivo de la cirugía no ha dejado sentir su influencia en la materia que ventilamos. Albarrán ha sido el primero que, saliendo de los moldes aún modernos, ha fijado otra orientación en lo que afecta á la decisión ortopédica ú operatoria, fundándose en las analogías que presenta el riñón movible con las hernias; hé aquí sus brillantes párrafos: «... Yo creo que aun en el caso en que el vendaje determine un alivio ó la cesación de los accidentes, se puede, salvo contraindicación particular, proponer la operación, dejando al enfermo libre de elegir entre el vendaje en vida y la operación de la nefrorrafia. Pienso que verá producirse en la conducta frente á un riñón movible la misma evolución terapéutica que ha seguido la historia de las indicaciones quirúrgicas de las hernias intestinales. No temo en afirmar que la fórmula de mi sentido maestro Trelat no responde ya á la opinión actual de la mayoría de los cirujanos. Si se limitase á operar las hernias «que no son completa, perfecta y constantemente reducidas por el vendaje», veríais muchas menos curas radicales de las que véis en los hospitales. Se opera frecuentemente fuera de esas condiciones para desembarazar al enfermo de una dolencia incómoda y peligrosa. Se propone la operación de la cura radical, y si el enfermo acepta, se interviene, fundándose por un lado en los peligros posibles de la hernia, y por otro en la inocuidad de la operación».

Para que la misma regla de conducta fuese adoptada para la nefrorrafia, sería preciso demostrar que la operación es benigna y que la movilidad del riñón presenta peligros.

Cuando se quiere apreciar la gravedad de la operación de la nefrorrafia, no basta tomar en bloque los casos publicados y de hacer un medio; es necesario estudiar de cerca los casos de muerte y ver las razones que han determinado el desenlace fatal. Es lo que haré estudiando la nefrorrafia, y os mostraré entonces que en las condiciones ordinarias, la nefrorrafia es tan inofensiva como pueda serlo la cura radical en los casos simples de hernia.

La gravedad del riñón movible no es discutible. Sin decir con Lawson-Tait que jamás se encuentra un riñón movible sano, os puedo recordar la gravedad de los síntomas que hemos estudiado y que están bajo la dependencia de la movilidad renal. Os recordaré

aún la frecuencia de la albuminuria (14 por 100, según Schilling), y sobre todo, las complicaciones de orden mecánico, como el estrangulamiento renal, la hidronefrosis intermitente y las complicaciones infecciosas, tales como la pielonefrosis y la pionefrosis.

Las dos condiciones, la inocuidad de la operación y la gravedad de la lesión, una vez establecidas, se puede decir que en los casos en que el vendaje triunfa, la operación triunfará aún mejor, pues reunirá no solamente las ventajas que da el vendaje, sino que pondrá más seguramente al abrigo de complicaciones siempre posibles con el uso del vendaje».

Tercera pregunta.—¿Qué nos proponíamos? ¿Qué hemos conseguido? ¿Cuál es el éxito actual? El operatorio, como consecuencia de la práctica rigurosa de las medidas aseptico-antisépticas. ¿Y el futuro? Prescindiendo de la dispepsia atónica refleja, que requerirá régimen, masaje, hidroterapia y tónicos en los tres meses consecutivos á la operación, háse notado la cesación completa de los temibles vómitos, la desaparición de los dolores renales, el trabajo mecánico alcanza proporciones completamente imposibles en otro tiempo, tiene un despertar alegre, más satisfacción en el comer, su fisonomía más animada, consecuencia de lo que su estado general es más satisfactorio.....; éstos son los resultados post operatorios del momento, viniendo á confirmar nuestros juicios sobre su génesis.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

De la salpingitis.—El Dr. Soltura, publica en la *Gaceta Médica del Norte*, el siguiente artículo:

«Es la salpingitis ó inflamación de la trompa uterina una enfermedad más común de lo que se cree, sobre todo en las grandes poblaciones en donde la mujer se halla más expuesta á contraerla, bien por un coito contagioso, efecto de infecciones puerperales ú otras causas de vecindad visceral.

Trátase de la forma aguda ó crónica, sea cualquiera su caracter, la inmensa mayoría de ellas son consecutivas á metritis.

Nada hay más sencillo en general que el reconocimiento de su existencia. De diez casos, en nueve por lo menos, se puede afirmar que toda tumefacción para-uterina que ocasiona la plenitud de los fondos de saco vaginales y que se acompaña de dolores, sensibilidad á la presión y fenómenos

inflamatorios más ó menos acentuados, es una salpingitis. Sea ésta única ó bilateral, simple ó complicada de peritonitis pelviana, el foco principal de las manifestaciones morbosas se halla siempre en la trompa uterina.

Hay casos en que los fondos de saco no presentan tumefacciones ordinarias ni en forma de cuerda ó rosario, pero se aprecia por el tacto vaginal combinado con la presión abdominal ejercida con la mano libre, cierto grado de inmovilidad en el útero hacia uno ú otro de los cuernos, los cuales parece que lo fijan. Este hecho sólo inclina en favor de una inflamación anexial. Se comprende cuánto pueden variar los signos locales y generales que acompañan á la salpingitis, si se tiene en cuenta la invasión peritoneal y la virulencia de los agentes infecciosos, convirtiendo las lesiones más sencillas representadas por una ligera sensibilidad en un fondo de saco vaginal ó cerca del cuerno uterino en formidables alteraciones que ocupen todo el bacinete, cavidad abdominal, con sacos sépticos, falsas membranas infiltradas y purulencia generalizada.

En todos estos casos no hay más que un fenómeno común consistente en la producción de focos inflamatorios para-uterinos y manifestaciones dolorosas ó febriles á que dan lugar.

En esta materia nada debe asombrarnos, por cuanto las salpingitis pueden revestir aspectos muy diversos. Cuando pasan al estado crónico en el que hay carencia de fiebre, dolor é inflamación acentuada, debe tenerse presente que puede ser confundida con cualquiera de los tumores pelvianos conocidos, si no se tienen en cuenta los antecedentes y una práctica tactil especial para reconocerla.

El tratamiento de las salpingitis agudas es de las más sencillas, puesto que consiste en colocar á las enfermas en las condiciones más favorables á una curación espontánea resolviendo progresivamente los focos inflamatorios.

Los fenómenos más graves son debidos, casi siempre, á la invasión peritoneal más ó menos extensa que puede acompañar á la infección tubárica.

Los estudios modernos que se han llevado á cabo con motivo de la apendicitis, nos han demostrado la gran potencia reparatriz que tiene la serosa peritoneal y sirven de aplicación á la salpingitis. Así es que los focos perisalpingíticos tienen una tendencia natural á la curación espontánea y rápidamente se establecen barreras que impiden su extensión.

El reposo absoluto en la cama, el hielo sobre el vientre protegido con franela en los casos muy dolorosos, las irrigaciones calientes y mejor todavía, las rectales que obran como un baño intrapelviano, son medios bastantes de ayuda á las fuerzas naturales del organismo. De ninguna manera debe ejecutarse maniobra alguna sobre el útero y sus anejos, limitándose á la observación del curso de la enfermedad.

Aunque en la mayoría de los casos la evolución del mal es favorable, no debe perderse de vista los accidentes que pueden sobrevenir. A pesar del reposo, calmantes y demás medios sencillos, la infección puede ganar terreno acentuándose la fiebre y los dolores. El aumento de éstos, sobre todo, es un signo inquietante en mayor grado que la fiebre, como quiera que indica la difusión peritoneal de la infección.

En este caso es preciso obrar ejecutando la colpotomía casi siempre pos-

terior para dar salida pronta al pus abriendo, previa asepsia de la vagina, el fondo de saco de Douglas con tijeras romas especiales, lavando suavemente y de costado con un irrigador el foco para colocar como desagüe un doble tubo de goma semejante al de una escopeta de dos cañones cosido con catgut al labio posterior del cuello uterino. Colocada luego la cura ordinaria, se calcula que el tiempo que tarda en reabsorberse el hilo que sujeta el tubo á la matriz, es de diez ó doce días, suficiente para que termine la cicatrización casi completa de la incisión hecha en el fondo de saco de Douglas. Este hecho debe tenerse en cuenta para impedirla, introduciendo una mecha larga en la herida al caer el tubo de goma y renovarla cada veinticuatro ó cuarenta horas, según los casos, con el fin de continuar dando salida á productos sépticos. La mecha avisará con su estado de limpieza al sacarla, si el proceso ha terminado. Por olvidarse de este detalle, algunos médicos dan por curada la salpingitis y luego tienen que lamentarse al ocurrir nuevas supuraciones que obligan á la reapertura del foco.

Como ayudante del tratamiento se dará el yoduro sódico ó potásico en concepto de resolutivo.

La histerectomía es otra de las intervenciones aconsejadas en los casos muy extensos é intensos, pero debe procurarse el evitarla, en atención á que en toda operación séptica se debe no abrir muchas superficies sanas por el temor de infectarlas. La vía vaginal debiera elegirse casi siempre.

Cuando la salpingitis pasa al estado crónico ó éste aparece de una manera primitiva y lenta como consecuencia de una metritis gonocócica en la mayor parte de los casos (gota militar del marido ó el amante), además de los síntomas locales atenuados, se observan su exageración por la función menstrual y las alteraciones digestivas reflejas, sobre todo en mujeres multíparas con vientre en forma de acordeón.

Dos maneras tenemos de tratar esta salpingitis, á saber: por el método indirecto que es por el cual se debe empezar y el directo como último. El método indirecto descansa en combatir la metritis estableciendo un desagüe constante por medio de una mecha de gasa aséptica, previa la dilatación gradual hecha por introducciones sucesivas de tallos de laminaria del cuello uterino: el uso de inyecciones de agua salada de permanganato potásico al 1 por 3.000 ú otra cualquiera, según la índole de la infección y la cura vaginal con tapones de glicerina sola ó unida al antiséptico que se crea oportuno, yodoformo, thigenol, salol, etc. La introducción de lápices de nitrato de plata amortiguado en preparación especial dentro del útero, es útil y de resultados favorables, aunque en ocasiones dan lugar á ligeros cólicos uterinos por no licuarse pronto dentro de la cavidad.

Este tratamiento local ayudado por el general que el caso exija, debe durar de dos á tres meses, ejecutando las curas en días alternos y suspendiéndolas durante los correspondientes á la función menstrual. Como se ve, hay que revestirse de paciencia en el desarrollo de este tratamiento y la falta ó agotamiento de ella suele ser la causa de muchos fracasos.

Si á pesar de lo expuesto nada práctico se consiguiera, dada la complicación del caso, entonces está indicado el método directo ó quirúrgico extirpando los anejos enfermos por el procedimiento operatorio más conveniente al estado de la afección y la enferma.

¿Cuál será el elegido? ¿La histerectomía vaginal ó abdominal y de ésta la total ó subtotal?

Dejando de un lado las discusiones habidas sobre el particular, puesto que de la forma crónica de la salpingitis se trata, hay que decidirse por emplear la vía abdominal que es la única que descubre mejor la variedad de lesiones para poder extirparlas. Hay, además, que prescindir de ese refinamiento conservador de algunos cirujanos y ginecólogos, tales como Pozzi y Kelly, que pretenden salvar el útero ó parte de los ovarios por medio de procedimientos delicados comparables á los que usan los joyeros y relojeros, como quiera que dan lugar á la larga á nuevas intervenciones, no dejando curada á la paciente.

Aceptada la vía abdominal sin filigranas quirúrgicas, resta el resolverse por la total ó subtotal.

La gran mayoría de cirujanos dan la preferencia en la castración anexial y extirpación de fibromas á la histerectomia subtotal, dejando la total para los casos de neoplasmas.

En la subtotal la hemostasis es fácil una vez ligadas y pinzadas las arterias uterinas; es más segura y rápida no teniendo que cuidar de las ramas pequeñas vaginales. Por la total hay que abrir la vagina, la cual es un peligro de infección por ser muy difícil su asepsia, no obstante la termocauterización que se suele emplear para destruir profundamente la mucosa.

Así es que con la primera se obtiene un muñón del cuello uterino de buenas condiciones, á la vez que se conserva la vagina íntegra exenta de cicatriz que pueda ser de consecuencias dolorosas».

Forúnculos y antrax. Su tratamiento por la electrolisis y las corrientes de Morton.—El Dr. D. Luis Cirera, publica en *El Criterio Católico en las Ciencias Médicas*, el trabajo siguiente:

«La electrolisis constituye un buen tratamiento contra los forúnculos. Hace ya más de diez años que los trato con resultados constantemente buenos con la técnica que á continuación expongo, y que no tiene más inconveniente sino que resulta una aplicación dolorosa en algunos casos, á pesar de la anestesia mediante el cloruro de etilo.

Con una aguja, electrodo negativo, se penetra en todo el espesor del forúnculo y se hacen pasar durante cinco minutos de 5 á 10 miliamperes. Generalmente no hay necesidad de repetir la sesión. Muchas veces se puede prescindir de la aguja que se sustituye por un estilete que rompiendo la pequeña pústula del vértice del cono, se hace penetrar por el mismo conducto del folículo pilosebáceo, origen de la infección. Esto trae la ventaja de ser procedimiento mucho menos doloroso y que se va con más seguridad al foco infectivo.

La electrolisis mediante el *ion* zinc, tal como la preconiza el sabio profesor de Nantes Dr. Leduc ha de ser superior al procedimiento aquí indicado, si bien he podido ensayarlo poco en esta afección. Pero lo que principalmente me he propuesto en este artículo es dar á conocer los resultados que he obtenido por un procedimiento incruento preconizado por Benham, de Nueva York, es decir, mediante las corrientes de Morton.

Las corrientes franklinianas inducidas han quedado en estos últimos

años más olvidadas en la práctica de lo que merecen por haber surgido algún tiempo después, en manos de Tesla y D'Arsonval las corrientes de alta frecuencia á las que se atribuyó cualidades similares en grado superlativo, haciendo olvidar, ó poco menos, estas corrientes dotadas de interesantes propiedades fisiológicas y terapéuticas.

Recordemos que las corrientes estáticas inducidas se administran comunicando un polo de la fuente de energía con el individuo, teniendo el otro en comunicación con la tierra, regulando la corriente, por un lado, con la producción del generador, y por otro, con la distancia explosiva de las bolas polares. Estas corrientes son alternativas de elevado potencial, de gran frecuencia y de poco amperaje; mas como no suelen alcanzar la alta frecuencia de las así llamadas, obtenidas mediante las bobinas y resonadores, pueden llamarse como lo hace Benham corrientes de frecuencia poco elevada. Su carácter oscilatorio hace que entrando por la superficie del electrodo en el cuerpo del paciente se extienda á la periferia, para regresar por la misma vía. Las oscilaciones son sincrónicas con las chispas polares. Pueden aplicarse como las corrientes de alta frecuencia mediante electrodos metálicos y tubos vácuos, en contacto con la piel y las mucosas.

El efecto general de las corrientes de Morton no parece diferenciarse mucho de las de Arsonval, aunque Benham les atribuye mayor acción sobre los cambios nutritivos.

En cambio los efectos locales son distintos y de verdadera importancia práctica, y los más interesantes á nuestro objeto.

Su acción sobre la contractibilidad muscular es muy notable y no sólo alcanza á las masas musculares de fibra estriada, sí que también á las paredes de los vasos de la región á que se aplica.

El efecto vibratorio que producen, asociado á la contracción muscular, aumentan el metabolismo local, empuja la sangre estancada, combate los éxtasis locales, y acaba con las infiltraciones que en los estados crónicos son el obstáculo para que se pueda llegar á una curación completa.

Los poderosos efectos contra la congestión y la infiltración producidos por el efecto combinado de las vibraciones y de las contracciones musculares, ejerciendo curativa influencia sobre estados agudos y crónicos, son la base del éxito de la electroterapia moderna (1).

En los estados inflamatorios, la contracción muscular en los alrededores de una superficie inflamada, arrastra hacia el torrente circulatorio la sangre allí acumulada, activa la circulación linfática y el metabolismo del órgano, con lo cual se comprende que estados que pudieran agravarse se curen con relativa rapidez. Así en los dolores inflamatorios que conducen á la formación de un absceso, en las tonsilitis supurativas, panadizo, forúnculo y antrax curarán rápidamente el proceso, si la supuración no se hubiese ya establecido.

Mas veamos el tratamiento de los forúnculos por las corrientes de Morton cuyos resultados he tenido ocasión de comprobar.

Se aplica la corriente mediante los tubos vácuos, ó los electrodos condensadores Oudin, con suficiente intensidad, para que el plano subyacente

(1) Benham Snows, Memoria leída en la Clinical Society of the New-York.

muscular, si lo hay, entre en contracción. El electrodo en contacto con la piel, se va moviendo por encima y alrededor del forúnculo durante tres á cinco minutos. Inmediatamente se nota alguna más blandura y movilidad en la parte que ocupa el forúnculo, y menos dolor. Diariamente se repetirá la sesión que en algunos casos no será ya preciso.

La mayor oportunidad de intervención será en los primeros días, cuando la pululación del estafilococus aureus, en el folículo pilosebáceo, no ha producido todavía la mortificación dérmica que no es otra cosa que el clavo como vulgarmente se llama, y que se elimina en el último período. Cuando el proceso está más adelantado, todavía se podrá recurrir con ventaja á este medio que abreviará considerablemente el período de supuración reduciendo la necrosis que se expulsará con mayor facilidad, siendo visible en todos los casos la disminución de dolor y de la induración.

Estos mismos efectos se obtienen en el antrax según afirma el Dr. Benham y según he podido comprobar en dos casos que he tenido ocasión de observar.

El número de sesiones necesarias para la curación del forúnculo serán siempre muy pocas, si la supuración no ha empezado, y si tiene asiento fuera de la cabeza, podrá bastar una sola sesión para la completa curación; generalmente bastan dos ó tres. Si empezó ya la supuración se necesitarán una ó dos sesiones más, y si en la primera ó segunda no ha habido un alivio notable, puede hacerse una ligera electrolisis que facilitará la expulsión del pus, con lo cual el paciente se aliviará inmediatamente».

El autor publica á continuación nueve casos de forúnculos y antrax tratados con éxito por este medio. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 25 de Julio de 1905.

La albuminuria en sus relaciones con la diabetes. — El Dr. Lancereaux: Los autores que han atribuído la albuminuria de la diabetes al paso del azúcar al través de los riñones, han cometido un error, puesto que este síntoma es excepcional en la diabetes pancreática, en la que la glicosuria oscila entre 800 y 1100 gramos por veinticuatro horas, mientras que es relativamente frecuente en la diabetes gorda de los artríticos, en la que la cantidad de azúcar no pasa de 100 gramos de ordinario. Las condiciones patogénicas de la albuminuria en la diabetes pueden reducirse á tres: 1.ª, una enfermedad intercurrente, la tuberculosis en particular; en este caso los orines, densos, espesos, colorados y escasos, contienen una gran

proporción de albúmina y cilindros hialinos; se trata de una nefritis epitelial absolutamente independiente de la diabetes y ligada á la enfermedad general; 2.ª, en la arterio-esclerosis con atrofia consecutiva de los riñones, los orines, poco densos, límpidos, descoloridos y abundantes, no contienen más que leucocitos y el precipitado albuminoso es escaso y en muchos casos, puramente lactescente; estos son los signos de una nefritis arterial, demostrable por el examen anatómico y que, lo mismo que la diabetes, depende del artritismo, la uremia es muy frecuente; 3.ª, la falta de arterioesclerosis y de enfermedad intercurrente. La orina, de cantidad y de densidad casi normales, son coloradas y no contienen ni cilindros ni leucocitos; la albuminuria, generalmente abundante (2 á 4 gramos), aumenta después de las emociones y de lòs excesos, pero la salud general se conserva y la anemia es rara. Esta tercer forma, la doy á conocer con el nombre de diabetes albuminosa en razón de su coexistencia habitual con la diabetes glicosúrica.

Pilorectomía con gastrectomía en el cáncer del estómago. — Los Dres. Poncet y Delore: Del resumen de las 12 observaciones que presentamos, se puede deducir que la curación va seguida de un bienestar indudable y más evidente que el observado en las gastro-enterostomías.

La gastrectomía es, pues, preferible á la gastro-enterostomía, aunque sólo se la considere como una operación paliativa. Para considerarla como una operación radical, será necesario, antes de decidirse, poseer estadísticas más antiguas que la nuestra. Por nuestra parte nos limitaremos á consignar que de 5 operados, cuya operación data de un año, no hemos observado más que una recidiva; tres pilorectomizados continúan en buen estado de salud á los veintiséis, dieciocho y quince meses después de la operación.

He aquí el resumen de nuestras 12 observaciones:

I. Mujer de sesenta años. Cáncer del antro pilórico con perigastritis. Pilorogastrectomía el 20 de marzo de 1903; muerte por fístula gástrica.

II. Mujer de sesenta y tres años. Cáncer del píloro y del antro pilórico, adherente á la pared. Ablación del píloro y de la porción pilórica del estómago el día 10 de mayo de 1903 en una extensión de 15 centímetros. Continúa curada el 1.º de julio de 1905.

III. Mujer de cuarenta años. Cáncer del píloro y del antro pilórico; amplia resección; gastro-enterostomía. Muerte por peritonitis debida á la caída de una pinza durante la operación.

IV. Mujer de sesenta y seis años. Leiomioma del píloro; pilorectomía; tumor móvil; curación operatoria el 30 de octubre de 1903 y pesistente en enero de 1905.

V. Mujer de cuarenta y dos años. Carcinoma coloide del píloro y del antro pilórico. Tumor móvil; ablación de 15 centímetros de estómago el día 10 de abril de 1904; curación; recidiva el 20 de diciembre de 1904; gastroenterostomía; muerte en mayo de 1905.

VI. Hombre de cincuenta y ocho años. Carcinoma del píloro y del antro pilórico. Gastropilorectomía; curación operatoria; muerte cinco meses después por recidiva.

VII. Hombre de cincuenta y tres años. Carcinoma glandular del antro

pilórico. Gastrectomía el día 26 de octubre de 1904. Curación que persiste el día 1.° de julio de 1905.

VIII. Hombre de sesenta y nueve años. Adenoma maligno con extensas adherencias. Gastropilorectomía el día 2 de febrero de 1904. Continúa curado.

IX. Mujer de sesenta y ocho años. Carcinoma del píloro con hematemesis. Pilorectomía el día 20 de octubre de 1904. Continúa curado el día 1.° de julio de 1905.

X. Mujer de cuarenta y ocho años. Carcinoma coloide adherente al páncreas. Operación el 24 de enero de 1905; muerte el 10 de febrero.

XI. Hombre de sesenta y ocho años. Carcinoma difuso del estómago con generalización. Muerte al día siguiente de la operación, el día 10 de enero de 1905.

XII. Hombre de cuarenta y cinco años. Carcinoma coloide. Gastrectomía subtotal el día 16 de junio de 1905; salió curado el día 4 de julio.

De estos doce enfermos con cánceres indudables del píloro y con infiltración carcinomatosa más ó menos extensa del resto del estómago, hemos tenido ocho curaciones. Esta proporción de éxitos, que representa los dos tercios de los casos, demuestra la inocuidad relativa de esta intervención, con tanto más motivo en cuanto que los cuatro operados que han sucumbido por su caquexia, por la difusión de las lesiones, y tal vez por una técnica personal aún imperfecta, encuentran en estos motivos una explicación satisfactoria de su terminación. Es, pues, con una operatoria recomendable, en cuanto á las consecuencias inmediatas, que preconizamos la resección del estómago contra el cáncer de este órgano. Todo cáncer presunto del estómago exige en una época lo más próxima posible del comienzo del proceso, una laparotomía que no será sólo exploradora en la inmensa mayoría de los casos. Descartando las contraindicaciones locales, que en estas circunstancias suelen ser excepcionales, dicha laparotomía irá seguida de una resección más ó menos extensa del estómago canceroso.

El cloruro sódico y la anquilostomiasis. — El Dr. Calmette: La influencia nociva del cloruro sódico ha sido indicada ya por diversos autores, entre ellos por Perroncito y recientemente en esta Academia por el Dr. Manouvriez. He estudiado experimentalmente este asunto, y he observado que en el agua á 1'16 por 100, los huevos se desarrollan, pero las larvas mueren desde el momento de su aparición. En el agua al 3'97 por 100 los huevos, al cabo de nueve días, se desagregan. Nos parece, pues, que la pulverización de agua salada al 2 por 100, que el Dr. Manouvriez propone que se haga en las galerías infectadas en donde el agua de infiltración no es clorurada, no sería susceptible de dar útiles resultados. Por una parte, la dilución rápida del cloruro de sodio por esas aguas de infiltración no permitiría nunca sostener la sal á un grado de concentración conveniente y, por otra, esta práctica, extendida á cientos de kilómetros de galerías subterráneas, exigiría gastos superiores proporcionalmente al fin perseguido.

Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 26 de Julio de 1905.

Anestesia general por la escopolamina y el cloroformo.—El Dr. Monod: Desde la comunicación del Dr. Walther sobre este asunto, he empleado el procedimiento de nuestro colega y he hecho en cinco enfermos, una hora antes de la operación, una inyección de escopomorfina. En cuatro los resultados fueron buenos, pero en el quinto se presentaron accidentes graves.

Se trataba de una mujer sin estigma alguno, que padecía cólicos hepáticos. Una hora antes de operarla, se la inyectó una disolución que contenía 1 miligramo de escopolamina y 1 centígramo de morfina; como la operación duró hora y media, fué preciso emplear 50 centígramos de cloroformo. Terminada la operación, se despertó la enferma y nada hacía presumir lo que iba á suceder.

Veinte minutos después de suspenderse las inhalaciones de cloroformo, la cara de la enferma se puso azulada y las pupilas se dilataron y quedaron insensibles; la respiración se hizo más debil y los latidos cardíacos eran casi inapreciables. Se hizo sin perder tiempo una inyección de éter y de cafeína y la respiración artificial. Pocos instantes después, el pulso había cesado de latir y la enferma no respiraba; permaneció así por espacio de diez minutos; después la circulación y la respiración se restablecieron poco á poco, y á la media hora el peligro había desaparecido por completo. Se continuaron las inyecciones de éter y de cocaína, y durante dos días los latidos del corazón siguieron siendo débiles é irregulares.

¿Debe culparse en este caso al cloroformo ó á la escopomorfina? Es difícil decirlo. Sin embargo, jamás he visto estos accidentes con el cloroformo solo; se han señalado cuando se le ha asociado con él la atropina ó la morfina; esta última sólo se empleó á la dosis de 1 centígramo, y conviene advertir que la enferma la había usado sin inconveniente durante sus crisis de cólicos hepáticos.

Se citan, además, varios casos de accidentes producidos por estas inyecciones de escopomorfina. *La Semana médica belga*, ha publicado una estadística de Plateau con un muerto en 300 casos, y otra de Will, de Berlín, en la que habla de accidentes graves ocurridos una vez entre 81 casos; es verdad que se administró la morfina á la dosis de 9 centígramos.

Por consiguiente, aunque el procedimiento del Dr. Walther es menos peligroso, me abstendré por ahora de emplearle.

El Dr. Walther: He seguido empleando mi método, y cuento 112 anestesias con el cloroformo y 12 anestesias con la escopolamina sola. Jamás he observado accidentes análogos á los que acaban de referirse.

Hipertrofia parcial de los músculos estriados.—El Dr. Poncet: Voy á referir, en apoyo de la opinión sostenida por el Dr. Mignon, dos observaciones. Hace cinco meses me consultó un hombre de treinta años, fuerte y robusto, que padecía, según se había creído, un quiste de la pantorrilla. Creí también que se trataba de un quiste del gemelo interno é incindí la piel, debajo de la cual no encontré quiste alguno, sino una hipertrofia mus-

cular considerable; desgarré los haces musculares y no descubrí quiste. Era una simple hipertrofia. El enfermo se quejaba de algo de dificultad en el lado opuesto, donde había un tumor análogo en vía de evolución.

Hace dos meses próximamente, se me presentó un enfermo con una tumefacción del carrillo izquierdo que correspondía al borde del masetero. Este tumor principió diez años antes á consecuencia de una fluxión. No era ni una neoplasia ni un tumor muscular. El diagnóstico quedaba indeciso. Hice una incisión y descubrí que se trataba de una hipertrofia del masetero, que no se modificaba ni en el reposo ni durante la contración del músculo. Extirpé un trozo que pesaba 15 gramos y el examen histológico probó que era tejido estriado normal.

El Dr. Abrou: Los hechos que se acaban de citar, me recuerdan un enfermo de veinte años al que operé de un tumor, cuya naturaleza no pude diagnosticar. Este hombre tenía una tumefacción en el masetero izquierdo. Puse el tumor al descubierto y resultó estar formado de una hipertrofia del músculo sin desgarro de la aponeurosis. Extirpé un trozo del músculo que resultó hallarse formado por fibras estriadas normales.

El Dr. Faure: Hace un mes operé á una joven que tenía tumefacción de la parte interna del pié. Sospeché, se trataba de un lipoma, pero sólo encontré tejido muscular del que resequé parte.

Seroterapia en el cáncer. — El Dr. Kirmisson: El Dr. Delbet, ha aludido en su informe á dos enfermos tratatos en mi clínica por el suero del doctor Doyen y por este mismo. Ya he presentado uno de ellos, niño de catorce años, afectado de linfosarcoma inoperable. Se le hicieron 10 inyecciones y como el enfermo se agravó, creí conveniente suspenderla.

Mi otro enfermo era un niño de dos meses y medio, que tenía un enorme tumor del riñón derecho. El Dr. Doyen creyó que estaba justificado el empleo de su suero y se le hicieron 15 inyecciones desde el 23 de enero al 20 de marzo. A consecuencia de estas inyecciones, se observó elevación de la temperatura. Respecto al resultado las mediciones practicadas tres veces al nivel del apéndice xifoides del ombligo y de la región infra-umbilical demostraron un aumento de volumen del tumor de 4 á 5 centímetros.

Hernia del apéndice. — El Dr. Kirmisson: He visto recientemente un niño de tres años con tumefacción de la mitad derecha del escroto; debajo se encontraba el testículo y por encima una bolsa fluctuante y trasparente, en la que se percibía un cordón duro unido á la pared anterior. Una parte de este cordón, formaba un cuerpo redondo que era posible rechazar hacia arriba, pero no reducir por completo. No podía ser un quiste del cordón como creía un colega, porque era reducible en parte. Diagnostiqué hernia del apéndice, diagnóstico que confirmó la operación. El apéndice estaba adherido por atrás á su meso.

El Dr. Feliget: He encontrado varias veces este apéndice, que es de ordinario muy largo, pero jamás adherente.

Tratamiento de las neuralgias faciales. — El Dr. Delbet: No pretendo discutir la naturaleza de las modificaciones consecutivas á la ablación del ganglio cervical superior del gran simpático, pero es indudable, que obra de una manera favorable sobre las neuralgias.

En prueba de ello, citaré los casos siguientes: El primero se refiere á

un hombre que había sufrido ya sin éxito la resección de los nervios supra é infra-orbitarios; le extirpé en seguida el ganglio de Gasser. Los dolores desaparecieron durante ocho meses. Después se presentaron de nuevo y resequé el ganglio cervical superior del gran simpático. El resultado fué nulo durante doce días, después las crisis fueron haciéndose poco á poco menos intensas, pero persisten y el enfermo está sometido actualmente á la radioterapia.

Mi segundo enfermo era un hombre de cuarenta años, que padecía una neuralgia facial desde hacía nueve años. En julio de 1902, la resección del infra-orbitario se curó durante algunos meses, pero ésta fué momentánea. En agosto de 1904, resequé el ganglio simpático. La mejoría fué inmediata y los dolores no volvieron á presentarse más que á consecuencia de los movimientos de los maseteros; después se mitigaron y en enero eran nulos. Pero después de algún tiempo, se produjo una reminiscencia.

Mi tercer enfermo, un alcohólico al que la resección de los nervios supra é infra-orbitarios produjo un alivio durante meses, fué operado por mí en septiembre de 1904. En la actualidad, la mejoría es grandísima.

Estos tres casos elevan á 20 el número de operaciones ya publicadas; en todas, excepto en una, hubo mejoría manifiesta. Si se tiene en cuenta que la resección de los nervios supra é infra-orbitarios son impotentes, que la ablación del ganglio de Grasser suele ser infiel y es una operación grave, creo ventajoso la simpatisectomía, cuyos resultados han sido unos buenos y otros medianos. — (*Le Bull. Medical*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 19 de Julio de 1905.

Estados semiconscientes. — El Dr. *Plehn* presenta un enfermo al que habían hecho ingresar en el hospital en un estado completamente inconsciente, y cuando al otro día volvió en sí, se supo entonces que había venido de Stettin á Berlín en estado semiconsciente y que en Berlín había andado vagando de una parte para otra durante tres días. El recuerdo de este período se había borrado casi por completo.

A este enfermo ya le sucedió otra vez un acceso análogo; se trataba probablemente de un equivalente epiléptico.

Polineuritis sifilítica.—El Dr. *Plehn* presenta una mujer que tiene parálisis de ambas piernas, paresia de los brazos, sobre todo en el territorio del radial, y accesos dolorosos en la región gástrica con vómitos y disnea.

La etiología sifilítica de esta polineuritis se deduce del exantema específico que la acompaña y de la eficacia indiscutible de una cura de inyecciones de calomelanos.

Asimetría del tórax. — El Dr. *Arnheim* presenta un niño de seis años cuya mitad izquierda del tórax está dilatada; el corazón está dislocado á la derecha. En el lado izquierdo se percibe hasta la pared lateral y en los espacios intercostales segundo al cuarto, una macicez muy intensa; en dicha

zona no se oye el murmullo respiratorio. Más hacia abajo de esta zona se oye un ruído intenso, sibilante y agudo, que no es isócrono con la respiración, sino que se percibe después de la inspiración. Se trata de una estrechez bronquial, que puede ser ocasionada por un cuerpo extraño ó por un neoplasma. Ni la anamnesia ni el examen radioscópico suministran ningún dato que haga pensar en un cuerpo extraño. En cambio, con la radioscopia se percibe una sombra obscura que corresponde á la zona que da sonido macizo á la percusión. Debe tratarse, según esto, de un neoplasma, probablemente del mediastino. Es posible que se trate de un timo persistente.

La lucha gubernativa contra el tracoma.—El Dr. *Greef* expone algunos datos históricos para demostrar la gran importancia social y nacional que tienen las epidemias de tracoma, sobre todo en tiempo de guerra. La causa de que en Berlín sólo se observe alguno que otro caso no hay que buscarla en la falta de una predisposición para contraerla. La prueba de que no existe semejante falta, la tenemos en que los suabos que se han establecido en la Prusia oriental desde la época de Federico el Grande, y que hasta la fecha no se han mezclado con el resto de la población, han permanecido exentos de tracoma á pesar de estar rodeados por todas partes de focos de la enfermedad.

Desde que el Gobierno ha organizado la lucha contra el tracoma, es muy cierto que la estadística no ha dado á conocer una disminución notable de la enfermedad, pero también lo es que no hay motivo para el pesimismo que domina á algunos espíritus, puesto que el tracoma ha desaparecido por completo en la región renana y en la Alemania del Sur, siendo así que á mediados del siglo pasado aún estaba muy extendido en dichas regiones.

Además de atender á mejorar la cultura de la población de las provincias orientales, hay que prestar atención especial á que estén mejor abastecidas de agua, de tal suerte que aquellos habitantes puedan disponer siempre de agua fresca para que no ocurra que se laven en la misma agua varias personas de las cuales alguna quizá padezca tracoma. La estadística del país renano demuestra cuánto pueden influir los oculistas competentes en la lucha contra la afección granulosa; pero como en las provincias orientales escasean tales oculistas, sería necesario que el Estado los subvencionara.

El Dr. *Herzog* insiste en la necesidad de que se cree una Comisión para la investigación del agente patógeno, en que se continúen los cursos acerca del tracoma y en que se practiquen de un modo regular reconocimientos escolares. También importa mucho mejorar los salarios y la manera de ganarse la vida de las poblaciones respectivas, para que éstas se hagan más sedentarias y para evitar la afluencia de braceros agrícolas procedentes del extranjero, entre los cuales siempre se encuentran muchos tracomatosos.

El Dr. *Kirchner* refiere que desde 1898 se han invertido en la lucha contra el tracoma más de dos millones de marcos (dos millones y medio de francos), y que desde dicha fecha han disminuído muchísimo tanto el número como la gravedad de los casos en la Prusia oriental. Cuando comenzó la campaña antitracomatosa, lo primero de que se trató fué de conseguir que los médicos se pusieran de acuerdo acerca de lo que era la afección granulosa propiamente dicha; para ello se establecieron cursos en los que

actividad terapéutica, que acaso consista en un impedimento que pone á la putrefacción intestinal, ó también es posible que dichos ácidos pasen por la vía sanguínea á la piel para ser excretados por ésta.

La cerolina ejerce, además, una acción ligeramente laxante, exenta de todo efecto irritante, por lo cual, acaso podrá emplearse como purgante en determinados casos.—(*Zentralblatt für innere Medizin*).—R. del Valle.

Tratamiento del chancro blando y sus complicaciones. — Hoffmann recomienda no cauterizar este chancro con el nitrato argéntico ni el sulfato cúprico porque se endurece la base y puede originar un error de diagnóstico. El mejor tratamiento es el siguiente:

Baños lo más calientes posibles con la disolución de permanganato de potasa; la disolución debe tener el color del vino tinto y los baños repetirse dos ó tres veces por día durante diez á veinte minutos.

Los bordes y fondo de la úlcera se tocan una vez al día con ácido fénico; después de algunos toques se sustituye el ácido fénico por la tintura de yodo.

Como tópico pulverulento, aconseja el yodoformo, ó en su defecto, el airol ó el eurófeno á partes iguales con el ácido bórico.

Si hay una úlcera perforante del frenillo, se le divide para tratar mejor las superficies ulceradas y cuando éstas han mejorado de aspecto se las cura con la pomada siguiente:

Nitrato argénico	30 centígramos.
Bálsamo del Perú	3 gramos.
Lanolina Vaselina amarilla	as. 30 —

En el caso de bubón se ha abandonado la exeresis radical de los ganglios afectados para evitar la elefantiasis del pene y se aconseja el reposo absoluto y las curas con alcohol ó las cataplasmas. Si supura el bubón se extrae el pus por medio de una inyección de 5 milímetros y se inyecta en la cavidad del absceso 1 ó 2 cent. cúb. de la glicerina yodoformada al 10 por 100. A las tres, ó cuando más á las cuatro inyecciones se obtiene la curación. Si persiste la supuración se agranda la incisión y se tapona la cavidad con gasa yodoformada ó se raspa.

En los fimosis se emplean los baños con la disolución de permanganato potásico, y en los casos graves se hace una incisión dorsal del prepucio, y una vez curado el chancro se practica la circuncisión.

En el fimosis irreducible se hará la sección dorsal del anillo.

Los chancros fagedémicos deben tratarse con la cauterización única, con una pasta preparada con agua y cloruro de zinc. Si hay hemorragia, se aplica el percloruro de hierro, y para calmar el dolor se hacen inyecciones de yodoformo. Si el caso es muy grave se cloroformiza al enfermo, se raspa la base de chancro, se cauteriza con el termocauterio de Paquelin y se aplica después el cloruro de zinc en pasta ó en disolución al 20 ó 50 por 100.

(*Rev. de thér. médico-chirurgicale*, núm. 17, 1905).—F. Toledo.

ÍNDICE DEL TOMO LXVIII

Aborto incompleto (Inocuidad y eficacia del raspado uterino en el) 449
Absceso cerebral (Consideraciones clínicas sobre un caso de) 409
Abscesos renales y peri-renales consecutivos á forúnculos y á otras lesiones análogas 200
— subfrénicos 324
Accidentes del trabajo según las disposiciones legislativas de los distintos países 235
— eléctricos (Trastornos nerviosos y mentales consecutivos á los) ... 240
— del trabajo (Trastornos nerviosos post operatorios y sus consecuencias desde el punto de vista de los) 240
— del trabajo (Profilaxis en cuestión de) 244
Aceite para evitar el polvo en las habitaciones (Empleo del) 97
Acondroplasia verdadera y distrofia perióstica) 155
Adiposis circunscrita 445
Adrenalina contra el hidrocele rebelde (La) 20
— (Dos casos de enfermedad de Addison tratados con buen éxito por la) 359
Afasia transitoria en el tifus abdominal (La) 128
— anestésica por intoxicación con gas del alumbrado 324
Afecciones nerviosas traumáticas (Medición del campo visual en las) 242
Agua de mar en inyecciones isotónicas en 18 casos de tuberculosis (El) .. 151
— oxigenada en las afecciones gastro intestinales de los niños (El). 428
— oxigenada (Tratamiento de la dispepsia infantil por el) 19
— oxigenada (Tratamiento de la pitiriasís versicolor por el) 319
Aguas minerales y afecciones digestivas 208
— minerales (Significación fisiológica de la radioactividad de las) 248
Albuminuria en sus relaciones con la diabetes (La) 469
Algodón y cuerpos extraños de las vías digestivas (El) 288
Alimentación en la tuberculosis experimental (De la) 234
Amigdalitis recidivantes (Tratamiento de la angina catarral crónica y de las) 476
Analgesia espinal en el niño (La) 446
Ancianos (El jugo gástrico en los) 448
Anemia especial de los mineros (La llamada) 102
Anémicos (La circulación sanguínea en los) 328
— (Pulso venoso positivo en los) 367
Anestesia (Aparato para la) .. 119
— por el cloroformo después de la inyección subcutánea de escopolamina 278
— completa por la vía subcutánea y por la vía estomacal 394
— general por la escopola-

mina y el cloroformo..... 472
Aneurisma arteriovenoso axilar..... 75
— de la tibial posterior (Un caso de)..... 354
Anexitis (Conservación de los ovarios y del útero en las operaciones por)..... 192
Angina catarral crónica y de las amigdalitis recidivantes (Tratamiento de la)..... 476
Ano (Prurito del)..... 248
Anofeles en el paludismo (Más hechos en contra de la acción absoluta de los)..... 262
Anoftalmos bilateral..... 108
Anquilostomas (Aguas salinas de filtración que hacen refractarias ciertas minas de hulla á la infección por las larvas de)..... 118
Anquilostomiasis..... 305
— en el Africa del Norte (La)..... 355
— (El cloruro sódico y la). 471
Antidiftérica (La lucha)..... 356
Antipirina añadida fraudulentamente al almidón (Procedimiento para dosificar la). 359
Antitoxina tetánica (Aplicación local de la)..... 199
— diftérica en la meningitis cerebro-espinal (La). 87
Apéndice vermiforme (Método de extirpación ideal del)..... 88
— (Separación espontánea de un)..... 280
— (Hernia del)..... 473
Apendicitis crónica desconocida..... 42
— (Momento oportuno de intervenir en los casos de)..... 281
— (Las falsas)..... 394
Arsenicales (Inyecciones subcutáneas de preparados).... 204
Arsénico normal (El origen alimenticio del)..... 259
Artropatías sifilíticas..... 87
Asepsia ocular 342
Atetosis doble familiar..... 196
Autolisis como factor curativo en cirugía (La)..... 202
Autoplastia por el método de Müller-König..... 166, 207
Azúcar (Influencia de la temperatura ambiente en la alimentación del)..... 368
Azul de metileno (Tratamiento del paludismo rebelde por el)..... 329
Bálsamo del Perú como medicamento vulnerario (El)..... 363
— del Perú contra las úlceras atónicas (El)... 22
Blefaroplastia por el método italiano..... 354
Bocio (Modificaciones de la tráquea en los casos de). 444
— por los rayos X (Tratamiento del)..... 444
Botriomicosis (Negación de la)..... 261
Cacodilato de sosa (Formulario de las inyecciones hipodérmicas de)..... 359
Calcáneo (Diagnóstico de las fracturas del)..... 241
Cálculo vesical..... 108
Cambios respiratorios (Examen clínico de los)..... 393
Campo visual (Medición del).. 342
Cáncer de la mama tratado con los rayos X..... 83
— (Enfermedades que preceden al)..... 322
— lingual..... 395
— operado del colon..... 126
— por el método de Doyen (Informe sobre el valor del tratamiento del)..... 397
— del estómago (Pilorectomía con gastrectomía en el)..... 470
— (Seroterapia en el)..... 473
Capsulorrafia (Tratamiento de las luxaciones recidivantes del hombro por la)..... 276
Cara (Forúnculo maligno de la)..... 441
Carcinoma primitivo de las trompas de Falopio..... 44
Carpo (Fractura subcutánea de algunos huesos del)..... 146
Carrillo (Ulcera rebelde de la mucosa del)..... 321
Casos clínicos..... 205
Cateterismo de los uréteres (La cirugía renal desde la introducción del)..... 401
Cefalalgias y otras neurosis que tienen como causa el esfuerzo ocular por vicio de refracción..... 340
Cefalhematoma..... 145
Cerolina (La)..... 477
Chancro blando y sus compli-

ciones (Tratamiento del)... 478
Cianosis (Un caso de)..... 352
Ciego (Tuberculosis del)..... 277
Circulación sanguínea en los anémicos (La)..... 328
Cirugía craneal..... 438
— gástrica..... 67, 146
— renal desde la introducción del cateterismo de los uréteres (La).. 401
Cirrosis biliares (La esplenomegalia como síntoma de las)..... 5
Citrato de sosa (Propiedades anti-eméticas del)..... 196
Cloroformo (Influencia del miedo en los casos de muerte por el)..... 208
Cloruro sódico y la anquilostomiasis (El)..... 471
Colédoco (Obstrucción litiásica del)..... 311
Colérica para Europa (Amenaza)..... 355
Colibacilosis durante el puerperio..... 159
Coleria (Inyecciones de)..... 445
Colpotomía en la peritonitis puerperal..... 163
Congreso alemán de Cirugía 197, 281, 363, 398, 437
— internacional médico de los accidentes del trabajo..... 235
Conservación de los ovarios y del útero en las operaciones por anexitis..... 120, 433
Consultas de niños de pecho sobre las afecciones y la mortalidad infantil (Influencia de las)..... 163
Corazón y las modificaciones del pulso (Coincidencia de los cambios de volumen del). 325
Corrientes eléctricas (Acción mortal de las)..... 99
— eléctricas industriales (La muerte y los accidentes)..... 249, 289
Coxitis (Tratamiento de la).. 124
— tuberculosa (Operación radical en la)..... 85
Cráneo (Oclusión de los defectos traumáticos del)..... 439
Cretinismo..... 324
Crioscopia de la orina en los recién nacidos..... 78
Cuerpo extraño del ojo..... 280
— — en el esófago. 107
— tiroides en los recién nacidos (Algunas particularidades del)..... 163
Cuerpos extraños de las vías digestivas (El algodón y los)..... 288
— extraños esofágicos (Extracción de los).. 74, 119
Cura tenífuga (Técnica de la). 48
Degeneración del muñón cervical después de la histerectomía parcial por fibromas. 75, 119, 276
Delirios post traumáticos..... 40
Dermatobia zyaniventris en el hombre..... 419
Dermatosis infantiles..... 148
Diabetes (La albuminuria en sus relaciones con la)..... 469
Difteria y suero antidiftérico. 49
Digital (Sobre la acción acumulativa de la)..... 129
Disentería (Agentes productores de la)..... 100
Dispepsia infantil (Tratamiento de la)..... 19
Distrofia ósea sifilítica congénita..... 156
Dorsal desplacement..... 89, 134
Eclampsia en el recién nacido (Un caso de)..... 314
— (Punción lumbar cruenta en el curso de la).. 159
Eczema é impétigo..... 168
— queratodérmico fisurario..... 57
Embarazo intersticial roto... 44
— tubario repetido..... 43
Embolia pulmonar (?) durante el parto..... 111
Enajenados (El suero marino en la terapéutica de los).... 207
Endoscopia (Nuevo reostato para)..... 314
Enfermedad de Addison tratados con buen éxito por la adrenalina (Dos casos de)..... 359
— de Roger..... 195
Enfermedades agudas (Hiperemia por estancación en las)..... 197
— epidémicas (De las) 235, 275
— profesionales á los accidentes del trabajo propiamente dichos? (¿Hasta qué punto es posible asimilar las).. 236
— infecciosas (Modo de combatir las)..... 245
Epitelioma (Rinoplastia por). 391

Equinococo del hígado..... 167
Esclerodermia..... .. 83, 405
Escopolamina (Anestesia por el cloroformo después de la inyección subcutánea de)..... 278
— y el cloroformo (Anestesia general por la). 472
Esófago (Cuerpo extraño en el)..... 107
Espinal de origen ótico (Investigaciones anatómicas y clínicas sobre las alteraciones del)..... 176
Espirocete pálido (Significación etiológica del)..... 165
Espirocetes de la sífilis (Los). 45
Esplenomegalia como síntoma de las cirrosis biliares (La). 5
Estados semiconscientes..... 474
Estenosis del conducto auditivo después de las operaciones radicales (Profilaxis de la)..... 150
Esternocleidomastoideo (Hematoma y miositis del)..... 186
Estigmas de degeneración y las familias reales (La herencia de los)..... 355
Estómago (Resección del). 227, 266, 303
— (Sobre el desdoblamiento de las grasas en el). 407
— (Tuberculosis inflamatoria del)..... 116
— (Pilorectomía con gastrectomía en el cáncer del)..... 470
Estrechez esofágica..... 203
Estrecheces uretrales congénitas en un niño..... 434
Extirpación total de la laringe. 404
Extracto suprarrenal (Efectos del)..... 84
Faringoplastia..... 441
Farmacología (Revista de)... 18
Fauces (Gangrena de las).... 195
— (Sífilis de las)..... 196
Femur (Fractura del cuello del)..... 326
Fenosalil (Nuevas aplicaciones del)..... 230
Fenol alcanforado (Empleo quirúrgico del)..... 406
Fermentos metálicos (Sobre los)..... 435
Ferruginosos (Infecciones subcutáneas de preparados)... 204
Fibrolipomas periósticos..... 316
Fibromas ulcerosos en vías de necrosis y de supuración.... 75
Fibromioma uterino (Caso notable de)..... 222
Fístula gástrica y pancreático-duodenal..... 121
Flegmatia alba dolens central. 158
Flemones y su tratamiento por el método de caballete de violín..... 242
Formiatos (De los)..... 274
Fórmicas (De las sales)..... 354
Forúnculo maligno de la cara y su tratamiento..... 441
— y antrax. Su tratamiento por la electrolisis y las corrientes de Morton..... 467
Forúnculos (Abscesos renales y perirrenales consecutivos á). 200
Fosfatos (Intoxicación por los). 359
Fractura del cuello del femur. 326
— subcutánea de algunos huesos del carpo..... 164
Fracturas del calcáneo (Diagnóstico de las)..... 241
— de las muñecas (Consecuencias de las)..... 241
Función secretoria de la mucosa gástrica (Influencia de los alcalinos y de los ácidos en la)..... 203
Gangrena cutánea y afasia amnéstica por intoxicación con gas del alumbrado..... 324
— de las fauces... 195
Gas del alumbrado (Gangrena cutánea y afasia amnéstica por intoxicación con)..... 324
Gastro-intestinales de los niños (El agua oxigenada en las afecciones)..... 428
Gelatina (Protesis facial con). 126
Genu recurvatum..... 206
Gérmenes patológicos (Los rayos X y la resistencia á los). 368
Ginecología (El salicilato de sosa en)..... 319
Guide chirurgicale du practicien pour les operations journaliers..... 64
Glioma de la retina (Estudio sobre el)..... 341
Glóbulos blancos de la sangre (Acción de los rayos X sobre los)..... 287
Gota (Génesis y naturaleza de la)..... 367
Grasas en el estómago (Sobre el desdoblamiento de las)... 406

Hematoma de la bolsa serosa bicipital en vías de transformación quística 193
— y miositis del esterno-cleidomastoideo 186
Hemorragias del recién nacido (La sangre en las)... 162
— internas en el segmento inferior durante la contracción uterina.. 158
— múltiples en un recién nacido sifilítico..... 163
Hemorroides (Tratamiento de las)..... 128, 327, 407
Heridas (Modo de evitar que la gasa se pegue á las granulaciones de las)..... 437
Hernia puede ser considerada como accidente del trabajo? (¿Hasta qué punto la)..... 237
— del apéndice..... 473
Hidrocele (La adrenalina contra el)..... 20
— vaginal doble (Caso notable de).. 114
Hidroencefalocele congénito.. 169
Hígado (Equinococo del)..... 167
Higiene (Revista de). 97, 259, 419
Himenópteros (El veneno de los)..... 71
Hiperemia por estancación en las enfermedades agudas... 197
Hipertrofia parcial de los músculos estriados..... 435
— parcial de los músculos estriados..... 472
Hipotiroidia ó distrofia ovárica..... 194
Histerismo con angina falsa de pecho (Un caso de).. 188
— infantil..... 109
Histerotraumatismo (Consideraciones sobre el).... 239
Hombro (Tratamiento de las luxaciones recidivantes del). 276
Huesos largos (Osteomielitis de los)..... 363
Hundimiento nasal corregido por trasplantación de un fragmento de cartílago costal..... 358
Ictericias (Tratamiento de las)..... 447
Incubadoras (Calefacción de las)..... 78
Inercia uterina (Actitud que debemos guardar en los casos de)..... ... 425
Infección del feto por la vía sanguínea..... 161
— puerperal apirética mortal..... 437
Infecciones amnióticas del recién nacido..... 161
— bucales y salivales..... 159
— digestivas..... 160
— genito-urinarias..... 161
— mamarias..... 160
— nasales, faríngeas y auditivas..... 160
— oculares..... 160
— pulmonares..... 160
— umbilicales..... 161
Informe médico en cuestión de accidentes del trabajo (El).. 244
Inserción viciosa por difusión de la placenta..... 436
Insuficiencias aórticas de origen endocárdico (Los trastornos encefálicos en las)... 209
Intervención quirúrgica en los procesos puerperales..... 446
Intestino (Mixosarcoma del).. 446
— (Tuberculosis inflamatoria del)..... 116
Intoxicación plúmbica de los tipógrafos (La máquina *linotipo* y la)..... 102
— por el lisol (Un caso de) 272
Intubación prolongada..... 196
Inversión uterina (Tratamiento de la)..... 31
Inyecciones subcutáneas de preparados ferruginosos y arsenicales..... 204
Japonés (Varias características étnicas del pueblo)..... 100
Jugo gástrico en los ancianos (El)..... 448
Lactato de eucaína (El)..... 23
Laminillas sanguíneas en la parálisis progresiva (Las).. 447
Lámpara con filamento metálico para el reflector de Clar (Una)..... 174
Laparotomía en un niño de cuatro semanas..... 121
Laparotomías por tuberculosis peritoneal (Resultados de dos)..... 318
Laringe (Extirpación total de la)..... 404
Laringectomía total en dos tiempos separados..... 180
Laringología (Revista de).... 174
Laxitud articular post traumática..... 242
Leche maternizada (Trastor-

nos digestivos de los niños de pecho por exceso de manteca en la)..... 162
Leche (Nueva enfermedad de la)..... 423
L'entero colite membraneuse. 64
Levurargirio (Sobre la débil toxicidad del)..... 362
Lipoma intra-articular tuberculoso..... 393
Lipomas osteoperiósticos. 42, 74, 119
Lisol (Un caso de intoxicación por el)..... 272
Litotricia (Técnica de la).... 106
Luxaciones recidivantes del hombro..... 191
— — del hombro por la capsulorrafia (Tratamiento de las)..... 276
Luz azul (La)..... 189
— roja en el tratamiento del noma (La)... 21
— — (Tratamiento de la vacuna con la)... 263
Mal de Pott suboccipital..... 121
Maretina..... 18
Medicamentos cardíacos (Estudio comparado de los).... 246
Médico del accidente del trabajo (El informe)..... 244
Médula ósea (Efectos de los rayos X sobre la)..... 202
Meningitis cerebro-espinal. 80, 121
— — (Anatomía patológica y vías de infección en la)... 46
— — (La antitoxina diftérica en la)..... 87
— purulenta (Tratamiento quirúrgico de la).... 437
Mercurio por la vía renal (Eliminación del)..... 69
Método de Doyen (Informe sobre el valor del tratamiento del cáncer por el)..... 397
Micosis fungoides..... 405
Microbios del suelo y los vegetales alimenticios (Los).... 101
Microorganismos saprofitos y las infecciones oculares post operatorias (Los)..... 424
Miedo en los casos de muerte por el cloroformo (Influencia del)..... 208
Mixosarcoma del intestino... 446
Mortalidad infantil (Lucha contra la)..... 152
Muerte por el cloroformo (Influencia del miedo en los casos de)..... 208
Muerte súbita de origen gástrico..... 275
Músculos estriados (Hipertrofia parcial de los)..... 472
Nefrectomía por tuberculosis renal (Influencia de los métodos de diagnóstico funcional sobre los resultados de la)..... 398
Neumotomia por dilatación bronquial..... 317
Neumotorax (Causa de la cortedad de aliento en los casos de)..... 405
Neuralgia facial rebelde (Tratamiento de la)..... 118
Neuralgias faciales (Tratamiento de las)..... 473
Neuronal (Efectos fisiológicos y terapéuticos del)..... 321
Neurosis de la infancia y problemas de educación. 432
— tróficas vasomotoras... 203
Niños de pecho (Relaciones del peso, de la estatura y del perímetro torácico en los)..... 162
— (El agua oxigenada en las afecciones gastro-intestinales de los).. 428
Nævus sarcomatoso..... 445
Noma (La luz roja en el tratamiento del)..... 21
Nueva York (Crecimiento de la población de)..... 98
Nutrición en los tuberculosos (La)..... 275
Ocena (El petróleo en el tratamiento del)..... 179
— (Incurabilidad del).... 369
Oclusión de los defectos traumáticos del cráneo.... 439
Oftalmología (Revista de).... 339
Ojo (Cuerpo extraño del).... 280
Operación de Gigli..... 76, 436
— de Porro..... 187, 270
Organos interiores (Medio fácil y sencillo de limitarlos). 326
Osteítis deformante..... 446
Osteomielitis de los huesos largos..... 363
Otología (Revista de)..... 174
Oxígeno para facilitar los exámenes radiológicos (La insuflación de)..... ... 126
Palatoplastias (De la influencia de ciertas enfermedades intercurrentes sobre la mar-

cha de las)..... 432
Paludismo (Defensa contra el) 265
— (Más hechos en contra de la acción absoluta de los anofeles en el). 262
— rebelde (Tratamiento del)..... 329
Paralisis progresiva (Las laminillas sanguíneas en la)..... 447
— pseudo hipertrófica.... 184
Paresia unilateral y congénita del músculo recto inferior.. 321
Pasteurilosis (Profilaxis de la). 98
Pasteurización de la leche.... 162
Peces (Datos para el estudio de las picaduras de los).... 242
Peritonitis difusa..... 79
— puerperal (Colpotomía en la)..... 163
— puerperal (Tratamiento de la)..... 323
— supurada circunscrita (Un caso de)..... 309
Petróleo en el tratamiento del ocena (El)..... 179
Pie doloroso post traumático. 242
Pigmeos negros (Los)..... 157
Pilorectomía con gastrectomía en el cáncer del estómago.. 470
Pioneumotorax tuberculoso.. 185
Piramidón (Procedimiento para dosificar la antipirina añadida fraudulentamente al)..... 359
Pitiriasis versicolor por el agua oxigenada (Tratamiento de la)..... 319
Placenta (Inserción viciosa por difusión de la)..... 436
— previa central..... 158
Pneumococo de Fränkel en la sangre de los animales inmunizados é hipervacunados (Destrucción del)..... 264
Poción de Todd modificada.. 48
Polineuritis sifilítica..... 474
Porro (Operación de).... 28, 270
Presión sobre las membranas del huevo (Medios de medir la)..... 157
Procesos puerperales (Intervención quirúrgica en los). 446
Prognatismo inferior (Del)... 430
Prolapso intestinal á través de un ano ilíaco..... 60
Protesis facial con gelatina.. 126
Prurito del ano y su tratamiento..... 248
Psicología positivá (Introducción al estudio de la)..... 299
Puerperio (Colibacilosis durante el)..... 159
Pulmón (Sífilis del)..... 196
Pulso venoso positivo en los anémicos..... 367
Punción lumbar cruenta en el curso de la eclampsia..... 159
Quiluria de Filaria Brancofti en Europa..... 58
Quistes hidatídicos supurados (Tratamiento quirúrgico de los)..... 434
— ováricos (Estructuras análogas al tiroides en los)..... 44
Radio (Tratamiento con el)... 245
— actividad de las aguas minerales (Significación fisiológica de la). 248
— y la visión (Los rayos de)..... 339
Raquitismo congénito..... 159
Raspado uterino en el aborto incompleto (Inocuidad y eficacia del)..... 449
Rayos X (Fenómenos dolorosos provocados por los).. 193
— sobre la médula ósea (Efectos de los)..... 202
— sobre los glóbulos blancos de la sangre (Acción de los)..... 287
— y la resistencia á los gérmenes patógenos (Los)..... 368
Razas en sus relaciones con los accidentes del trabajo (Psicología de las)..... 243
Recto inferior (Paresia unilateral y congénita del músculo)..... 321
Remineralización de los enfermos en estado de desnutrición (De la)..... 360
Resección de dos codos (Resultados lejanos de la)..... 318
Retina (Estudio sobre el glioma de la)..... 341
Revista de Farmacología..... 18
— de Higiene.... 97, 259, 419
— de Laringología..... 174
— de Oftalmología..... 339
— de Otología..... 174
— de Rinología..... 174
— de Terapéutica..... 18
Rino escleroma..... 325
Rinología (Revista de)..... 174
Rinoplastia por epitelioma... 391
Riñón (La extirpación renal

en la tuberculosis del)..... 364
Riñón flotante (Consideraciones clínicas sobre un caso de)..... 457
Rodilla (Tumor blanco de la). 358
Roturas fibrilares musculares (Tratamiento de las)..... 65
«Ruído de soplo venoso» en las femorales (Frecuencia en los jóvenes del)..... 432
Rupturas uterinas del parto.. 153
Salicilato de sosa en ginecología (El)..... 319
Salpingitis (De la)..... 464
Sangre en el tifus exantemático (Reacción de la). 168
— en las hemorragias del recién nacido (La)... 162
Sarampión (Influencia del color rojo en el tratamiento del). 304, 344, 388
— (Observaciones clínicas de una epidemia de). 269
Seno cavernoso (La vía de acceso hacia el)..... 174
Septicemia puerperal (Tratamiento quirúrgico de la)... 322
Seroterapia en el cáncer..... 473
Sífilis congénita..... 125
— de las fauces y del pulmón..... 196
— (Investigaciones microbiológicas acerca de la)..... 34
— (Los espirocetes de la). 45
Simpático con ciertas lesiones auriculares (Relación del).. 179
Simulación y las agravaciones voluntarias de las consecuencias de los accidentes (La).. 243
Sociedad obstétrica de Francia..... ... 153
Sondas uretrales (Medio sencillo de esterilizar las)..... 287
Suelos asmatógenos..... 261
Suero marino en la terapéutica de los enajenados (El)..... 207
Sustitución de los órganos extirpados y excluídos..... 446
Suturas nerviosas secundarias (Restauración rápida de las funciones á consecuencia de las)..... 41
Tabaco y la tuberculosis (El). 420
Tabes dorsal... 445
Tenotomía de los cuatro músculos rectos seguida de tatuaje de la córnea..... 341
Terapéutica (Revista de)..... 18
Tetania..... 63
Tibial posterior (Un caso de aneurisma de la)..... 354
Tifus abdominal (La afasia transitoria en el).... 128
— exantemático (Reacción de la sangre en el)... 168
Tomates (Intoxicación causada por los)..... 99
Tórax (Asimetría del)..... 474
Tracoma y la raza (El)..... 419
— (La lucha gubernativa contra el)..... 475
Tráquea en los casos de bocio (Modificaciones de la)..... 444
Traqueobroncoscopia (Valor diagnóstico y terapéutico de la)..... 442
Traumatismo con las neurosis (Relaciones del)..... 240
Traumatismos debidos á los accidentes del trabajo (Ensayo de una clasificación de los).. 243
Trigémino (Procedimiento sencillo para resecar la tercera rama del)..... 440
Trombosis de los senos curada quirúrgicamente..... 123
Trompas de Falopio (Carcinoma primitivo de las)..... 44
Tuberculosis del ciego..... 277
— del riñón (La extirpación renal en la)..... 364
— (El agua de mar en inyecciones isotónicas en 18 casos de)..... 151
— experimental (De la alimentación en la).... 234
— ileocecal..... 316, 356
— inflamatoria del estómago é intestino..... 116
— peritoneal (Resultados de dos laparotomías por)..... 318
— renal (Influencia de los métodos de diagnóstico funcional sobre los resultados de la nefrectomía por)..... 398
— — (Producción experimental de la).. 401
— (Sobre la herencia de la). 261
— (Sobre la unidad de la). 424
— y el tabaco (La)..... 420
Tuberculosos (La nutrición en los)..... 275
Tumor blanco de la rodilla... 358
— cerebeloso pontino..... 245
Ulcera rebelde de la mucosa del carrillo..... 321

Ulceras atónicas (El bálsamo del Perú contra las). 22
— varicosas de las piernas (Resección de la vena safena en las)..... 43
Vacuna con la luz roja (Tratamiento de la)..... 263
Vagina y de los genitales internos (Detención de desarrollo de la)..... 123
Valerobromina..... 21
Vegetaciones adenoideas en los niños de pecho 196
Vejiga (Rotura de la)..... 404
Velocipedismo y automovilismo sobre la visión y medios de remediarla (Influencia nociva del)..... 234
Venda de Esmarch (Nuevo método de aplicar la)..... 363
Vértigo marino..... 422
Vías digestivas (El algodón y los cuerpos extraños de las). 288
Vicio pelviano complicado... 436
Viruela (Etiología de la)..... 420
Vólvulo de la flexura sigmoidea..... 206
Xeroderma pigmentario..... 164

RELACIÓN DE LOS COLABORADORES QUE HAN PUBLICADO TRABAJOS EN EL PRESENTE TOMO

Aparicio Arjona (D. T.), Médico del Hospital civil de Bilbao.
Aagao (Dr. Correa, de Portugal), Doctor en Medicina. Tanger.
Baltar Cortés (D. Angel), Médico de número del Hospital Provincial de Santiago.
Castillo (D. Luis), Interno por oposición de la Facultad de Medicina de Madrid.
Codina Castellví (D. José), Médico, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
Decref (D. Joaquín), Director del Instituto de Ortopedia, Física-terapéutica y Radiografía.
González Deleito (D. Federico), Médico primero de Sanidad militar.
García Mansilla (D. Sinforiano), Oculista del Hospital y Hospicio Provincial de Madrid.
Gil y Casares (D. Miguel), Catedrático de Clínica médica en la Universidad de Santiago.
Gómez Montané (D. Fernando), Médico titular de Sariego.
Irigoyen (D. Juan M.), Médico en Usurbil.
Larrú (D. Julio), Tocólogo primero por oposición de la Beneficencia municipal de Madrid.
Ledesma Rizo (D. Lorenzo), Licenciado en Cirugía.
Ledo (D. Antonio), Doctor en Medicina. Valladolid.
Magro (D. F.), Profesor interino de Oto-rino-laringología de la Facultad de Medicina de Sevilla.
Martínez Cerecedo (D. Adolfo), Doctor en Medicina. Madrid.
Martín Gil (D. Ramón), Doctor en Medicina. Málaga.
Ots y Esquerdo (D. Vicente), Doctor en Medicina y Cirugía. Madrid.
Pérez Noguera (D. Emilio), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.
Pérez Ortiz (D. Jerónimo), Médico del Hospital Militar. Madrid.
Rodríguez Méndez (D. Rafael), Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.
Rozabal (D. Francisco), Interno por oposición de la Facultad de Medicina de Madrid.
Rueda (D. Francisco), Director de la Consulta otorinolaringológica del Hospital de la Princesa. Madrid.
Sarabia (D. Jesús), Profesor del Instituto Rubio. Madrid.
S. Elvira (D. Bernardo), Médico en Valdanzo (Soria).
Toledo (D. Federico), Licenciado en Medicina y Cirugía. Madrid.
Valle (D. Rafael del), Médico del Hospital Provincial. Madrid.

GRABADOS PUBLICADOS EN ESTE TOMO

Esplenomegalia (tres grabados) páginas ..... 10, 12 y 14
Hidro-encefalocele congénito 171
Gráfica de insuficiencia aórtica 211

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PABELLÓN MÉDICO (1860)—ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATÍA Y PEDIATRÍA (1888)

DIRECTOR-PROPIETARIO-FUNDADOR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

TOMO LXIX

MADRID
IMPRENTA Y LIBRERÍA DE NICOLÁS MOYA
Garellano, 6 y Carretas, 8.

1905

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

FRIDIOPLASTIA

NUEVA OPERACIÓN REPARADORA

POR EL

DR. D. JOSÉ GOYANES

Cirujano de número, por oposición, del Hospital Provincial; Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid.

La restauración plástica de la ceja no ha llamado hasta ahora la atención de los cirujanos, y sin embargo, en la práctica profesional suelen observarse algunos pacientes con destrucciones parciales ó totales de la misma, que modifican en gran manera el aspecto de la fisonomía y exigen, como otras deformidades, la intervención del arte quirúrgica.

En la literatura médica á mi alcance, sólo he podido encontrar, en cuanto á plástica de la ceja se refiere, una breve indicación de Krause, según el cual los colgajos cutáneos trasplantados siguiendo su método pueden servir, si se toman de regiones pilosas, para reparar toda ó una parte de la ceja.

Por lo demás, los procesos destructivos de la misma suelen ir acompañados de pérdida más ó menos extensa de la piel palpebral ó frontal, y la restauración de aquélla exige casi siempre una blefaroplastia simultánea, exigencia que se satisface con el método puesto por mí en práctica, en un caso publicado en los *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*, mayo 1905, núm. 53 (J. Goyanes: *Contribución al estudio de la blefaroplastia*).

Propongo para designar esta nueva operación, el nombre de *fridioplastia*, del griego φριδιος la ceja y πλάσσειν formar, y de eufonía análoga á las palabras queiloplastia, meloplastia, etc.

Los esquemas adjuntos (que el Dr. Dubrueil de Lyon ha tenido la

amabilidad de pedirme é insertar en la *Revue general d'Ophtalmologie*, núm. 7, 1905, p. 320), ilustran la técnica operatoria, la cual se

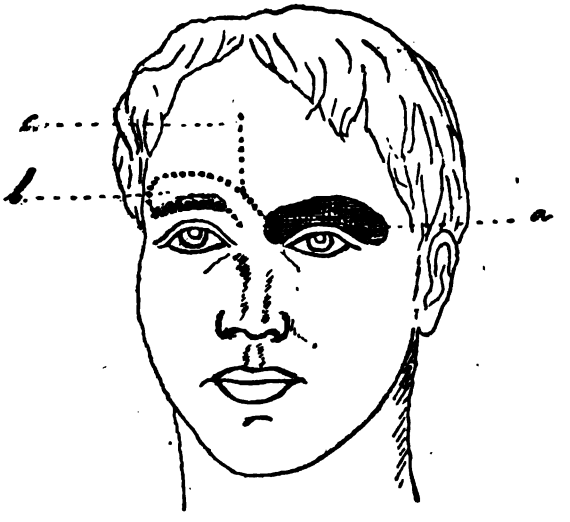


Fig. 1.ª — Esquema de la fridioplastia á colgajo: *a*) pérdida cutánea palpebral y superciliar; *b*) colgajo fronto-superciliar pediculado; *c*) incisión vertical destinada al revestimiento del defecto secundario.

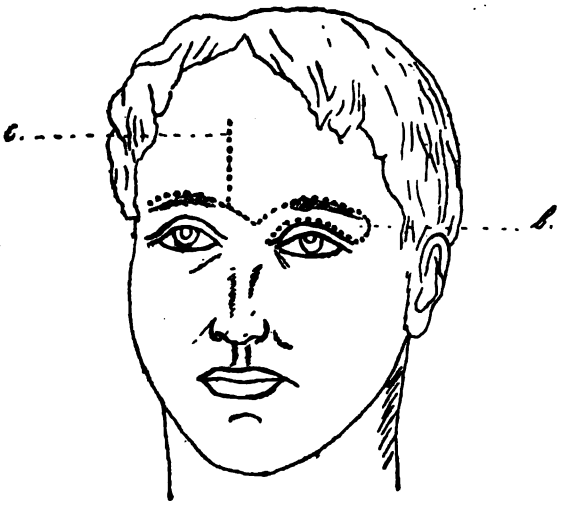


Fig. 2.ª — Esquema de la fridioplastia á colgajo: *b*) colgajo fronto-superciliar llevado, previa torsión, á la pérdida del lado opuesto.

reduce á *tallar un colgajo fronto-superciliar que comprenda la mitad superior de la ceja opuesta hendida, con pedículo en el entrecejo ó en la base-naris, torcerlo sobre su base pedicular y aplicarlo al defecto del lado opuesto.* La piel frontal del colgajo sirve para restaurar la pérdida cutánea del párpado y la mitad superior de la ceja hendida viene á caer al nivel de la que falta, bastando la torsión para darle su forma arqueada normal (véanse las figs. 1.ª y 2.ª).

El caso operado con arreglo á esta técnica, se refiere á una paciente representada en la fig. 3.ª, que sufrió una quemadura en la

Fig. 3.ª — Paciente con ectropión máximo cicatricial y pérdida de la ceja.

cara de segundo y tercer grado, al caer sobre un brasero durante un ligero atufamiento. Las consecuencias de este grave traumatismo fueron las siguientes: destrucción completa de la ceja izquierda y de la piel de ambos párpados con ectropión máximo y más adelante queratitis por indefensión ocular, iritis y disminución visual notable.

Anestesiada la paciente y previa rasura de toda la cabeza, procedí á la reparación de la parte cutánea del párpado inferior por medio de un colgajo de Langenbeck tomado de la piel del carrillo,

después de practicar una extensa incisión inmediatamente por debajo del borde ciliar.

La restauración del párpado superior ofrecía mayores dificultades. Después de hacer una incisión sobre su borde ciliar quedó una gran superficie cruenta semilunar; para cubrirla, un colgajo frontal del mismo lado no ofrecía garantías de nutrición por hallarse la piel ulcerada, sin duda por el deficiente riego vascular de la misma. Por este motivo y con el deseo de restaurar la ceja per-

Fig. 4.ª — La paciente de la figura anterior después de la primera intervención.

dida, tallé un colgajo fronto-superciliar en el lado sano, de pedículo en la raiz nasal, que comprendía la mitad superior de la ceja derecha; lo trasladé por torsión á la pérdida de substancia del párpado superior con su zona pilosa hacia arriba, es decir, en el sitio de la ceja perdida y lo suturé al contorno cutáneo. El defecto secundario pudo cubrirse á favor de una gran incisión, análoga á la que emplea Schimmelbusch para reparar las pérdidas que resultan de la rinoplastia por su procedimiento.

La fig. 4.ª representa á la paciente muy aliviada después de la

primera intervención. Persistía un ligero grado de ectropión en ambos párpados que fué corregido mediante la incisión en V convertida en Y de Dieffenbach para el inferior y de una trasplantación cutánea según el método de Krause, para el superior. El trozo de piel, tomado de la cara anterior del muslo, era de forma elíptica y medía 3'5 cm. de longitud y 1'5 cm. de anchura; fué aplicado después de quitarle el tejido adiposo con la tijera curva, *ad modum* Esmarch, á la superficie cruenta que resultó de una nueva incisión

Fig. 5ª — La misma paciente después de la segunda operación.

en el borde ciliar y subsecuente tracción del mismo hacia abajo.

Los resultados de la trasplantación fueron excelentes, quedando el ectropión curado por completo. El ptosis es bastante ostensible aunque permite á la paciente la visión con el ojo izquierdo elevando ligeramente la cabeza.

La favorable acogida que ha tenido esta nueva operación plástica entre oculistas y cirujanos, me ha inducido á exponer nuevamente el caso en esta Revista de Medicina y Cirugía prácticas, y á buscar una palabra adecuada para designarla.

REVISTA DE TERAPÉUTICA Y FARMACOLOGÍA

POR EL

DR. D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.

Sumario: I. Ibogaína. — II. Empleo del xilol contra la viruela. — III. La parálisis de la acomodación en uno de los dos ojos como remedio del mareo del mar. — IV. Tratamiento de algunas afecciones cutáneas por medio del aire líquido. — V. La radioterapia contra la hipertrofia de la próstata. — VI. Un remedio muy útil contra las verrugas. — VII. Polvo soluble de adrenalina. — VIII. La turicina.

I. **Ibogaína.** — Se llama así un alcaloide cristalizado é insoluble en el agua, extraído por Landrin de la corteza del Iboga (*Thabernanthe Iboga*), pequeño arbusto de la familia de las Apocíneas, que crece en el Africa Occidental.

La acción fisiológica de este nuevo producto se dirige principalmente sobre los centros nerviosos, sobre los elementos contráctiles del miocardio y sobre la fibra lisa de las paredes de los vasos, desenvolviendo efectos algo semejantes á los de la digitalina y cocaína, pues con dosis terapéuticas exagera el poder reflejo de la médula espinal; aumenta el número y amplitud de los movimientos respiratorios, actuando en sentido excitativo sobre las terminaciones bulbares del pneumogástrico; hace descender la presión sanguínea por dilatación vascular y eleva la energía del sístole, disminuyendo al propio tiempo la frecuencia del pulso, por acción directa y electiva sobre la fibra muscular del corazón.

Por el contrario, cuando desde luego se hace uso de dosis tóxicas, sobrevienen al principio fenómenos bien marcados de excitación cerebro-espinal, respiratoria y cardíaca (sobre todo, hiperestesia, alucinaciones, incoordinación motora, mayor frecuencia de la respiración y aumento considerable de la energía sistólica); pero no tardan en ser reemplazados por una parálisis completa de los movimientos voluntarios, acompañada de anestesia y seguida de convulsiones, disnea, descenso brusco de la presión arterial, colapso cardíaco, abolición de los reflejos, coma y muerte por asfixia.

Desde el punto de vista de sus aplicaciones terapéuticas, el principio activo de la corteza de Iboga ha sido estudiado por Huchard, resultando muy útil como estimulante del sistema nervioso y tónico

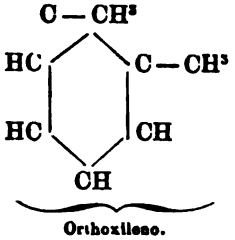
cardiovascular en los estados asténicos consecutivos á enfermedades infecciosas graves ó de larga duración, en la gripe, en la neurastenia, en la dilatación pasiva del corazón y en los primeros fenómenos de hiposistolia consecutiva á lesiones valvulares de marcha lenta.

Clomesnil y Kuborn han confirmado posteriormente las primeras impresiones del eminente clínico francés sobre el verdadero valor clínico de la antedicha droga, extendiendo, además, sus aplicaciones terapéuticas á la anemia cerebral, á la impotencia, al agobio y á la enfermedad del sueño.

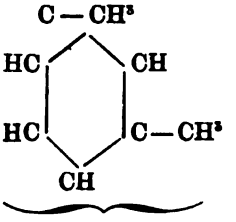
A causa de su sabor desagradable se prescribe en píldoras, bajo forma de sulfato ó clorhidrato y á la dosis de 1 á 3 centígramos al día.

II. **Empleo del xilol contra la viruela grave.**—Después de veinticinco años de abandono, vuelve á ser recomendado este antiguo medicamento como remedio muy seguro y eficaz de la viruela grave.

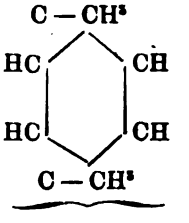
Sabido es que el xilol, llamado también xilenò, ó dimetilbencina, fué descubierto por Cahours en la brea de la hulla; se presenta bajo forma de líquido incoloro, de olor agradable, cuya ebullición empieza entre 137 y 140°, insoluble por completo en agua fría, pero bastante soluble en alcohol concentrado y está constituído por una mezcla en proporciones variables de tres cuerpos isomeros, orthoxileno, metaxileno y paraxileno, cuya composición química puede expresarse del modo siguiente:



Orthoxileno.



Metaxileno.



Paraxileno.

En 1887, Oetoës (de Budapest), comunicó á la Real Sociedad de Medicina el resultado de sus experimentos con dicha droga empleada como única medicación de 315 casos de viruela, asegurando que en todos los enfermos sometidos al uso interno del xilol, á la dosis de 2 á 3 gramos diarios, la duración del proceso morboso fué mucho más breve, los trastornos de la respiración y deglución disminuyeron considerablemente; el período de desecación sobrevino

mucho más pronto, sin que las pústulas llegasen á supurar; nunca hubo trastornos por parte del aparato digestivo y la mortalidad quedó reducida á una proporción de 28 por 100, no obstante haber tenido buen cuidado de escoger para esta clase de experimentos, los casos más graves.

Hace pocos meses que el Dr. Belin (de París) ha vuelto á resucitar el procedimiento de Oetoës, antes descrito, sometiendo 335 variolosos al empleo diario del xilol en cantidad de 40 á 70 gotas cuando se trataba de formas benignas y 90 á 120 cuando era necesario combatir una infección grave.

Los ensayos se llevaron á término en el hospital de la Puerta de Aubervilliers, desde 1.° de febrero de 1904 á 1.° de marzo de 1905, consiguiendo un 85 por 100 de curaciones á pesar de que en otras epidemias anteriores, tratadas en el propio hospital con los medicamentos más recomendados contra esta misma clase de enfermedades, la mortalidad nunca fué inferior á 30 ó 31 por igual proporción.

A juicio del colega francés antes citado, una de las principales ventajas de su tratamiento consiste en que, eliminándose el xilol por vía pulmonar y disfrutando de propiedades antisépticas bastante activas, puede evitar gran número de accidentes graves por parte del aparato respiratorio. Además, gracias á su acción destructora sobre los gérmenes del pus, previene la supuración de casi todas las pápulas, abrevia la duración del estado patológico, disminuye considerablemente el número de cicatrices y disipa el peligro de toda clase de complicaciones sépticas.

III. **La parálisis de la acomodación en uno de los dos ojos como remedio del mareo del mar.**—Habiendo observado el Dr. Scharpe durante su larga práctica de médico abordo de un buque inglés, que nueve personas muy susceptibles á los perniciosos efectos del mareo, habían cesado por completo de marearse desde que, á consecuencia de diversos trastornos habían perdido la visión en uno de sus ojos, tuvo la idea de obtener una especie de ceguera facultativa unilateral y transitoria, paralizando la acomodación en un solo ojo por medio de 2 ó 3 gotas de colirio de atropina al 1 por 125. Cuando existía alguna circunstancia individual ó patológica que contraindicaba el referido colirio, era suficiente con la aplicación de un vendaje monocular para conseguir los mismos resultados.

En el espacio de un año ha tratado el autor 50 casos de mareo con el procedimiento que acabamos de describir, obteniendo un 65 por 100 de curaciones en el brevísimo espacio de seis á veinticuatro horas.

IV. **Tratamiento de algunas afecciones cutáneas por medio del aire líquido.**— Conocidos son los buenos efectos de las emanaciones del radio cuando se emplean contra el lupus y demás tumores superficiales malignos de la piel ó de las mucosas.

Bajo la influencia de dichas emanaciones, los tejidos patológicos se van mortificando poco á poco hasta constituir verdaderas escaras, que acaban por desprenderse al cabo de algunos días, dejando en su lugar úlceras simples de tan fácil como rápida cicatrización; pero aparte del elevado precio que alcanzan todavía los saquillos de radio dispuestos para aplicaciones terapéuticas (5.000 á 6.000 francos), el referido procedimiento suele fallar en muchos casos, y aun en aquellos que terminan por la curación, tan favorable resultado no se alcanza sino después de repetidas aplicaciones y de largo tiempo.

Buscando la manera de evitar todos estos inconvenientes, el doctor Trimble (de Nueva York) ha tenido la idea de recurrir á la congelación, ya de antiguo utilizada, gracias al empleo de las pulverizaciones de cloruro de etilo, contra el condiloma acuminado y psicosis parasitaria. Pero lo que da originalidad al método terapéutico de Trimble, no es precisamente el efecto que produce con un determinado medicamento, sino el agente de que se vale para producirlo, pues en este caso la congelación se obtiene aplicando sobre las partes enfermas torundas de algodón empapadas en aire líquido.

Las aplicaciones se practican, por regla general, una vez por semana, y deben ir acompañadas de cierto grado de presión ejercida sobre el trozo de uata por medio de un mango de madera ó de unas pinzas.

El referido colega americano ha hecho uso de este nuevo remedio en cinco casos de nævus piloso pigmentado, en varios de lupus eritematoso rebelde, en un epitelioma de la nariz y en un cancroide del labio, consiguiendo en todos ellos resultados sumamente satisfactorios, pues de los cinco enfermos del primer grupo, cuatro curaron entre tres y siete sesiones; todos los del segundo terminaron también por la curación dentro de un plazo algo más breve; el epitelioma de la nariz cicatrizó asimismo definitivamente á partir de la segunda semana, y el cancroide, que no había tardado en recidivar después de una aparente curación obtenida por medio de la radioterapia, se cubrió por completo de epidermis gracias á una sola aplicación del aire líquido según el procedimiento que acabamos de describir.

V. **La radioterapia contra la hipertrofia de la próstata.** — A últimos de marzo del corriente año, el Dr. Moszkowiez (de Viena) comunicó á la Sociedad Médica de dicha capital que había tratado tres casos de hipertrofia de la próstata por medio de los rayos X, consiguiendo beneficios tan considerables dentro del grave estado de los enfermos, que varios de ellos, imposibilitados por completo de orinar sin previo cateterismo, consiguieron hacerlo espontáneamente después de un corto número de sesiones y sin que pudiera comprobarse la existencia de residuos urinarios de ninguna clase.

Pocos meses más tarde, Carasbelli y Zuraschi (de Milán) han hecho uso de la misma medicación en otros dos casos de igual padecimiento, obteniendo asimismo resultados muy satisfactorios, pues en uno de los pacientes bastaron quince sesiones para hacer desaparecer todos los fenómenos subjetivos de la estrechez uretral, verificándose al poco tiempo la micción de una manera mucho más regular y perfecta que antes de la cura.

En el otro comenzó la mejoría después de la sexta semana, y al terminar la décima ya no podían recogerse más de 10 cent. cúb. de orina residual.

La única diferencia que existe entre el procedimiento adoptado por cada uno de los antedichos colegas, consiste en la región que creen preferible para llevar á cabo la aplicación de los rayos Röntgen, pues mientras Moszkowiez los hace llegar á la próstata hipertrofiada por intermedio de la pared anterior del recto, Carasbelli y Zuraschi actúan constantemente sobre la parte posterior del periné, en la zona comprendida entre la raíz del pene y el esfínter del ano, limitando con el mayor cuidado esta región por medio de una hoja de papel de estaño agujereado en su centro.

Los órganos genitales externos, las ingles y los muslos se protegen cubriéndolos antes de cada sesión con chapas de plomo convenientemente dispuestas, y los tubos se colocan á 20 ó 25 centímetros de altura.

En cuanto á la duración de las sesiones, nunca ha sido mayor de diez minutos.

VI. **Un remedio muy útil contra las verrugas.** — Hace pocos meses que el Dr. Variot ha recomendado la siguiente fórmula, afirmando que sus efectos son tan positivos y constantes como si se hiciese uso de la cauterización con el termocauterio ó se recurriese á la excisión por medio de las tijeras curvas, aplicando después sobre la superficie cruenta la extremidad de una barra de nitrato de plata.

Se trata de un colodion acético y salicilado compuesto de :

Hidrato de cloral	aa. 6 gramos.
Acido acético	
— salicílico	aa. 4 —
Eter	
Colodion	15 —

Para aplicar una capa de este linimento una ó dos veces al día sobre cada verruga.

Pero hay otra variedad de dichas formaciones epidérmicas, individualizada por Besnier bajo el nombre de verrugas planas juveniles, que se componen de pequeñas pápulas de color amarillento gris ó rojizo, pero siempre muy pálido, de figura redondeada y regular, que presentan algunas veces una tendencia sumamente marcada á la descamación, cuyo volumen no suele exceder, por término medio, de 1 á 3 milímetros, y que en todos los casos se reunen, formando placas más ó menos extensas, pero de corta elevación, sobre el nivel de la piel inmediata.

Contra esta variedad de verrugas, el autor recomienda una pomada compuesta de :

Lanolina	20 gramos.
Calomelanos al vapor	1 —
Acido salicílico	aa. 2 —
Resorcina	

Si dichas concreciones planas fueran poco numerosas y estuvieran situadas principalmente en las manos, sería mucho mejor recurrir á la siguiente fórmula :

Acido salicílico	aa. 1 gramo.
Resorcina	
Colodion elástico	8 —

Para aplicar una delgada capa de esta preparación todas las noches al acostarse, durante siete ú ocho días, desprendiendo al cabo de este tiempo por medio de un baño local caliente, la porción de colodion que permanezca adherida.

Carecemos de propia experiencia sobre el tratamiento de Variot, pero sí hemos empleado muchísimas veces una fórmula muy parecida contra las induraciones epidérmicas de los piés, obteniendo en todos los casos resultados sumamente satisfactorios.

Dicha fórmula se compone de :

Acido salicílico	2 gramos.
Extracto de cáñamo indiano	20 centígramos.
Esencia de trementina	1 gramo.
Acido acético	40 centígramos.
Colodion	16 gramos.

VII. **Polvo soluble de adrenalina.** — Un farmacéutico de Grannat, el Sr. M. Mansier, manifiesta en un artículo publicado en los *Archives de Pharmacie*, que dada la rápida generalización del empleo terapéutico de la adrenalina y las grandes dificultades con que se tropieza para dosificar exactamente la cantidad de principio activo que corresponde á soluciones tan diluídas como las que se prescriben en la práctica, es necesario tener preparadas de antemano soluciones concentradas gracias al empleo del ácido clorhídrico, pero estas últimas tienen el grave inconveniente de alterarse con extraordinaria facilidad, pues al poco tiempo de su preparación se oxidan, coloreándose de matiz obscuro y dando lugar á la formación de abundantes flocones parduzcos que privan al líquido medicamentoso de su especial actividad.

Para evitar todos estos inconvenientes, el autor propone la preparación de un polvo soluble, titulado y fácilmente manejable, que pudiera conservarse sin alteración ninguna durante largo tiempo y que sirviera á la vez para preparar soluciones extemporáneas en un momento dado.

Después de cuidadosos estudios y repetidos experimentos, Grannat propone la fórmula siguiente:

Adrenalina	5 centígramos.
Acido cítrico	10 —
Acido bórico finamente pulverizado ..	4 grs. 85 centígramos.

Se tritura la adrenalina con el ácido cítrico y cerca de cuatro veces su volumen de ácido bórico; se añade poco á poco el resto del ácido y se pasa por tamiz repetidas veces con objeto de asegurar la exacta distribución de todas las substancias empleadas. Un centígramo de este polvo, cuya titulación es al 1 por 100, corresponde exactamente á dos gotas de la solución al milésimo, que es la dosis más frecuentemente prescrita.

La preparación que acabamos de consignar es perfectamente soluble en el agua y puede utilizarse siempre que se trate de cantidades sumamente pequeñas de substancia activa que deban añadirse á una solución ó á una pomada. Cuando el título de la solución haya de ser superior al 1 por 3.000, será necesario hacer uso de la solución citrobórica al décimo, porque en este caso la cantidad de ácido bórico contenida en el polvo al centésimo es superior al máximum de solubilidad de dicho ácido en el agua á la temperatura ordinaria.

VIII. **La turicina.**—Se trata de un nuevo antidiarréico, formado por la combinación del tanino con la gluten-caseína. Se presenta bajo

forma de polvo fino amorfo, de color blanco amarillento, sin olor ni sabor, insoluble en el agua, alcohol y ácidos diluídos, pero bastante soluble en los líquidos alcalinos y en el amoníaco, con coloración rosa ó anaranjada.

El cuerpo que estudiamos pasa por el estómago sin descomponerse, pero se desdobla por completo en presencia del jugo pancreático y de la secreción intestinal. Según el Dr. Schweiz, la acción antidiarréica de la turicina se encuentra determinada por sus efectos astringentes sobre la mucosa intestinal y por su influencia francamente perturbadora sobre la reproducción y desarrollo de las bacterias del intestino, nunca por parálisis de los movimientos peristálticos de este órgano, como sucede con los opiáceos. Gracias á tan sencillo mecanismo, los efectos terapéuticos de la expresada droga pueden mantenerse sin inconveniente alguno durante largo tiempo.

Existe una turicina especial, preparada para los niños, que contiene 70 por 100 de proteína vegetal y un poco de almidón y de diversas substancias aromáticas.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

I. Discurso leído en la sesión inaugural de la Real Academia de Medicina de Zaragoza el año 1904, por el Dr. D. Serapio Pérez López, precedido de la Memoria reglamentaria, por el Dr. D. Pablo Sen y Serón. Zaragoza, 1904.

II. Algunas consideraciones sobre la etiología é histología de los miomas uterinos, por el Dr. Recasens (sin fecha ni pié de imprenta).

III. Algo de sociología, con un prefacio de L. Comenge, por D. Francisco Puigpiqué. Manresa, 1904.

IV. Necesidad de una Asociación antituberculosa ebusitana, por D. Enrique Fajarnés y Tur. Palma de Mallorca, 1904.

I

En este folleto figura, en primer lugar, la reseña de los trabajos efectuados por la Real Academia de Medicina de Zaragoza en el año 1903, hecha por el docto Secretario perpétuo D. Pablo Sen y Serón, reseña que demuestra que la vida científica de dicha Corpora-

ción ha sido muy pletórica y que la pluma del Dr. Sen y Serón corre con la habilidad y fluidez á que nos tiene acostumbrados.

El discurso inaugural, debido al ilustrado Dr. D. Serapio Pérez López, versó acerca del tema « Progreso intelectual del hombre ». En él se propuso el autor demostrar que el hombre se ha perfeccionado constante y progresivamente desde el principio de los siglos en sus tres aspectos: físico, moral é intelectual. Y á despecho de las opiniones contrarias, que contrastan en algunos puntos con las sostenidas por el autor, y que procura refutar con energía y concisión, cita y busca amparo en los más culminantes hechos históricos, para probar no sólo el progreso intelectual, sino el moral y el físico del hombre, deduciendo en última síntesis que ese progreso no sólo es una necesidad que siente el hombre en general, sino una obligación ineludible y sagrada, especialmente por el hombre de ciencia, y de un modo particular por las Corporaciones científicas, que deben ser el constante acicate para no desmayar en esa lucha sin descanso sostenida para conquistar lo desconocido.

II

Es un artículo de 12 páginas, acompañado de dos microfotografías, en que el ilustrado Profesor de San Carlos demuestra una vez más sus grandes y profundos conocimientos en la especialidad que con tanto éxito cultiva y tanta notoriedad científica le ha granjeado.

III

Folleto de 82 páginas en 4.°, de fondo esencialmente político y con aspiraciones franca y lealmente republicanas, es el que ha publicado el laborioso Dr. Puigpiqué, avalorado con un prólogo castizamente escrito, hondamente pensado y sinceramente expuesto, donde se hace una crítica imparcial y sobria de las ideas del autor y una disección del trabajo hasta su misma médula, cuidando que el escalpelo no hiera indebidamente, ni siquiera moleste el manejo inevitable del instrumento.

En *Algo de sociología* estudia el autor, y en capítulos separados, el *comunismo*, el *socialismo* y la *anarquía*, y en los tres se transparenta con suficiente claridad la tendencia que informa constantemente el pensamiento del autor, la cual puede concretarse en muy pocas palabras, esto es: que el único medio eficaz y seguro de ayudar á los de abajo, suavizar las asperezas y roces que entre éstos y

los de arriba existen, y mejorar el estado de la sociedad actual, consiste en un régimen republicano inspirado en la más pura y santa de las democracias.

IV

Folleto de 16 páginas, en 8.°, y de gran interés, á pesar de su escasísima lectura, puesto que en él aporta su infatigable autor, el Dr. Fajarnés, datos fehacientes y razones de gran peso que demuestran la indiscutible necesidad de que se cree una Asociación antituberculosa en Ibiza.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Cura sencilla de los uñeros. — El Dr. D. José Gort, publica en el *Boletín Médico de Lérida*, el artículo siguiente:

«No me detendré á explicar en qué consiste el uñero, porque todos los médicos habrán tenido ocasiones de tratar sujetos con una uña encarnada en el dedo gordo del pié, con supuración y fungosidades que dan sangre y pus, con dolores intensos que no dejan caminar al enfermo sin cojear. Las causas del uñero, aunque diversas, son un crecimiento anormal de la uña, un zapato corto ó estrecho, una piedra que cayó encima del pié, los microbios que anidan entre los dedos, con la poca limpieza de dicha parte, viene la uña á clavarse en la carne, allí nacen fungosidades y la dolencia se hace crónica y se dice que se tiene un uñero. Nada parece más sencillo que su curación; se reduce á cortar las fungosidades, levantar la uña, poner hilas ó bien un pedazo de yesca, pero todas estas maniobras á veces no son posibles y otras tampoco dan resultado; entonces se aconseja el raspado de la uña en su mayor curvadura y levantar los bordes que no ofrecen resistencia tan grande, lavar con sublimado al milésimo la úlcera, cauterizar con nitrato de plata ó de plomo las fungosidades, aplicar una pomada de vaselina y yodoformo, envuelto todo con algodón fenicado. Estos son los medios empleados, y si fracasan, como á menudo acontece, no hay más recurso que proceder á la avulsión de la uña rebelde, anestesiando con cocaína el pié ó con cloroformo el enfermo, y proceder á la avulsión de la uña, guardar cama un mes y aún no hay seguridad del crecimiento normal de la uña naciente. El pintar el uñero con tan negros colores al que no ha tenido que tratarlos como médico parece una tontería cosa que es muy conocida al que ha visitado meses sin llegar al fin de la dolencia en casos rebeldes. De mí puedo decir que los casos que he tenido en mi práctica, todos duraron meses,

y uno año y medio. Las causas del mal resultado las atribuí siempre á la desidia y miseria de los labradores enfermos que ni cuidaban el mal ni querían suspender el trabajo, no sabiendo curar una dolencia tan sencilla. Hará dos años una mujer de cuarenta, sana y robusta, me consultó por tener una uña metida en la carne con úlcera fungosa que ella decía era á causa de llevar unos zapatos cortos que no podía resistir, y pensé que tendría que andar con ellos algunos meses, receté 3 gramos de percloruro de hierro disueltos en 25 gramos de agua, que pusiera unas hilas mojadas con aquella agua y envolviese el dedo con algodón fenicado; á los dos días que la ví conocí que había encontrado el remedio, tal era el cambio de la úlcera, las fungosidades secas y disminuídas de volumen; nada de supuración, las corté al rape de la uña, puse otras hilas con percloruro y á los ocho días ni había úlcera ni uñero, quedando contenta ella y admirado yo del resultado.

Otro caso: un joven de treinta años, flaco, labrador, con buena salud, me dijo que tenía una úlcera en el dedo gordo y que la uña se le encarnaba no pudiendo andar, que soñando saltó de la cama y dió tan fuerte puntapié en la pared que se despertó, que su uña daba sangre, y no dando importancia alguna al golpe, continuó yendo al campo unos veinte días cojeando siempre, hasta que los dolores intensos le obligaron á permanecer sentado. Examinado el dedo, estaba hinchado, rubicundo, con fungosidades al lado de la uña encarnada. Le dije se lavase bien el pié con agua hervida, que aplicara una cataplasma de arroz cocido, y receté percloruro de hierro; al siguiente día lavé con agua fenicada todo el pié, corté las fungosidades que dieron mucha sangre y puse hilas con percloruro, y al otro día estaba medio curado; á los ocho, curado del todo sin más tratamiento. Cuando mis compañeros lean estas líneas, ya veo en sus labios una sonrisa compasiva diciendo que esto es cosa sabida de todo el mundo; sin embargo, sin que yo me crea que he inventado la pólvora, expongo sencillamente estos hechos por si tienen á bien emplear un método tan sencillo en otros casos, y si tienen resultado satisfactorio como los míos, ya no se tendrá el temor al presentarse un caso de uñero de tener que luchar meses con una enfermedad insignificante, pero molesta é insidiosa sobremanera y si se dignan publicar sus resultados, siempre será un bien para la Ciencia médica». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ASOCIACIÓN FRANCESA PARA EL PROGRESO DE LAS CIENCIAS

XXXIV sesión anual celebrada en Cherburgo del 3 al 10 de Agosto de 1905.

Efectos fisiológicos y terapéuticos de la decloruración. — El Dr. JAVAL: Desde hace dos años la cura de la decloruración ha entrado en la práctica corriente, y los trabajos acerca de este asunto se han multiplicado, lo que prueba el interés que se le concede.

El régimen declorurado se ha aconsejado contra enfermedades y síntomas en apariencia muy diversos. Resulta de los trabajos que he hecho en colaboración con el Dr. Widal, que la cura de la decloruración sólo está indicada de una manera precisa para combatir la retención de cloruros y las complicaciones numerosas que origina. Los derrames hidrópicos y algunos serosos constituyen reservas patológicas de cloruro de sodio; la eficacia del tratamiento llega al máximum contra la hidropesía, en la que la retención clorurada se presenta en la forma más pura.

Puede exigirse de la cura de decloruración, ó bien una acción curativa, por disminuir la retención de cloruro existente, ó una acción suspensiva, por impedir que aumente la retención de cloruro.

La acción curativa sólo está comprobada en el edema bríghtico, pero no en las demás hidropesías.

La acción suspensiva se ejerce indudablemente sobre el edema cardíaco y bríghtico y sobre ciertas formas de ascitis; es nula ó insignificante en los derrames serosos de origen inflamatorio.

Los hechos observados permiten concluir que la cura de decloruración, necesaria sobre todo para combatir el edema bríghtico, tiene también indicaciones utilísimas en los casos de edema cardíaco y de ascitis; este tratamiento puede prestar servicios tanto mayores cuanto que se aplica á formas de hidropesía frecuentes y á veces rebeldes.

Causas y terminaciones del artritismo. — El Dr. P. CHATIN: I. QUÉ DEBE ENTENDERSE EN LA ACTUALIDAD POR ARTRITISMO.— El nombre artritismo procura resumir en una palabra todo un conjunto de afecciones morbosas, pretendiendo asignar á un grupo de enfermedades las mismas causas y las mismas terminaciones. Es decir, que según las teorías y los autores, la palabra es vaga y elástica hasta el infinito, y el cuadro del artritismo se ensancha ó disminuye según las ideas que dominan en medicina.

A) Estados morbosos incluídos primero en el artritismo. — Se incluyeron primero en el artritismo las afecciones articulares de todo género, agudas ó crónicas, en particular el reumatismo articular agudo, todas las formas de reumatismo crónico y, por último, la gota.

Fué incluído después el grupo de enfermedades que el profesor Bouchard considera debidas á un retraso en la nutrición, es decir, la obesidad, la diabetes, la litiasis biliar y la urinaria.

Entre las afecciones del aparato digestivo, se han considerado como artríticas ciertas formas de dispepsia, la enteritis mucomembranosa con la litiasis intestinal; entre las del aparato respiratorio, las corizas y bronquitis recidivantes, la rinitis de heno y el asma; entre las cutáneas, la urticaria, el eczema, el impétigo, el eritema circinado y el psoriasis.

Finalmente, el artritismo sería la principal y hasta puede decirse la única causa de las afecciones cardíacas y vasculares (endocarditis y arteritis).

Como terminación general del artritismo, pueden considerarse todas las esclerosis viscerales ó nerviosas por el intermedio de la arterio-esclerosa ó por su acción directa sobre el tejido conjuntivo.

En la actualidad se tiende cada vez más á disminuir el dominio del artritismo, eliminando algunos de sus elementos.

B) Estados morbosos eliminados del artritismo. — Se han separado, en primer término, el reumatismo articular agudo y el grupo tan importante de los pseudoreumatismos infecciosos agudos y crónicos. Se ha descartado también el reumatismo crónico progresivo.

Respecto á las enfermedades articulares, se ve que el artritismo se limita cada vez más. En un plazo muy breve quedarán incluídas en él sólo ciertas formas de reumatismos gotosos.

Tampoco ha quedado invulnerable en sus trincheras que parecían más fuertes, es decir, en el grupo de las enfermedades por retraso de la nutrición: obesidad, diabetes, litiasis biliar y urinaria.

La obesidad no puede tener una patogenia única. Respecto á la litiasis biliar, las teorías infecciosas ganan cada vez más terreno. Lo mismo puede decirse de la litiasis urinaria. Cuanto á la diabetes, se han separado con toda claridad de la diabetes, manifestación artrítica, toda la serie de las glucosurias secundarias, por ejemplo, la diabetes pancreática; por último con la noción de la diabetes sifilítica, y con la de la diabetes conyugal, contagiosa, doméstica, se ha pretendido demostrar el origen infeccioso de esta afección.

Finalmente, se han atribuído también á las infecciones, sin negar la cuestión del terreno, las manifestaciones cutáneas del artritismo, por ejemplo, el eczema, el impétigo, el psoriasis y algunas de sus manifestaciones pulmonares (coriza, catarro de heno, bronquitis recidivantes), á la vez que se han hecho del asma y de la jaqueca manifestaciones de la epilepsia larvada, procurando también borrarlas del cuadro del artritismo.

En la actualidad la agrupación del artritismo, demostrada clínicamente de una manera tan sólida por los parentescos morbosos, y considerada por el profesor Bouchard como ocasionado por el retraso de la nutrición, se descompone, al parecer, cada vez más bajo la influencia de las teorías infecciosas.

II. Causas del artritismo. — En la actualidad se defienden dos teorías patógenas: el artritismo, trastorno de la nutrición y el artritismo, infección (infección exógena ó auto-infección).

A) El artritismo, trastorno de la nutrición. — Los partidarios de esta hipótesis incluyen en el artritismo todas las enfermedades que Bouchard atribuye á un retraso de la nutrición.

La doctrina de Bouchard es combatida cada día por ideas nuevas, que afirman que: 1.°, en las enfermedades que se atribuyen á un retraso de la nutrición, no existe tal retraso; 2.°, la patogenia del artritismo no debe atribuirse á trastornos químicos, sino á la infección.

El Dr. Robin ha intentado demostrar que en la diabetes la desasimilación total está aumentada, sobre todo la azoada; hay además, aumento de todas las oxidaciones (nitrógeno, fósforo, azufre), de la hemoglobina de la sangre, del ácido carbónico expirado y del oxígeno consumido. No hay, por lo tanto, lentitud, sino aceleración de la nutrición en los diabéticos.

Naunyn, al demostrar el origen local é infeccioso de la litiasis, ha probado que el total de colesterina biliar no varía ni con el régimen alimenticio ni con los estados morbosos generales, sino que depende únicamente del estado local de las vías biliares. La enfermedad no es, por lo tanto, manifestación de un estado general, una de las formas del retraso de la nutrición, sino resultado de una infección local.

Respecto á la gota, hemos asistido á la misma evolución.

B) Artritismo, enfermedad infecciosa específica. — Guyot incluye en el artritismo el reumatismo articular agudo. Hasta ha hecho de él la base del grupo artrítico, que es una enfermedad infecciosa general causada por un microbio específico, el diplococo reumático. La puerta de entrada, bucal casi siempre, es una angina, una faringitis ó una artritis alveolodentaria. La consecuencia de la infección puede ser el reumatismo articular agudo, el crónico ó la gota, que el autor asimila por completo al reumatismo.

La misma infección propagada por vía sanguínea puede ocasionar la diabetes; á esta causa puede atribuirse la diabetes contagiosa conyugal y doméstica. La misma infección artrítica puede, al variar sus puertas de entrada, producir localizaciones diferentes: dispepsia, enteritis mucomembranosa por infección del aparato digestivo, coriza, bronquitis por infección de las vías respiratorias, litiasis por infección de las vías biliares y urinarias.

La terminación última, es la arterio-esclerosis de origen infeccioso, causa de esclerosis viscerales y nerviosas.

C) Artritismo, diátesis de auto-infección de origen intestinal.—Es la doctrina defendida por Gilbert y sus discípulos.

Con el nombre de *colemia familiar*, es decir, de *familia biliar*, ha englobado toda una serie de trastornos morbosos ó discrásicos y creado un nuevo lazo para unirlos. Después, al averiguar el origen infeccioso del reumatismo articular agudo encontró la angina, con frecuencia, pero no siempre, y entonces se preguntó si podría hallarle en algún otro punto del aparato digestivo, y descubrió en los antecedentes de sus reumáticos la ictericia, la litiasis biliar y la pleuresía derecha biliar. Estos enfermos eran colémicos; pertenecen, por lo tanto, á la familia biliar. Clínicamente, se encontró en ellos, coincidiendo con su reumatismo, la ictericia, la colemia, la urobilinuria, la urticaria, la púrpura y la bradicardia. En uno de estos casos de reumatismo articular agudo, observó fenómenos de infección de las vías biliares, de las pancreáticas y apendicitis.

Los microbios que se encuentran con más frecuencia en el reumatismo articular agudo, son biliares ó intestinales.

Resulta de lo que precede, que el artritismo debe ser considerado como una infección de origen intestinal por microbios múltiples, que produce artropatías agudas ó crónicas, infecciones viscerales (hígado, páncreas), y por último, trastornos generales que pueden formar más ó menos el conjunto de las enfermedades del grupo artrítico.

¿La diabetes y la gota entran con la misma facilidad que la litiasis biliar en este nuevo cuadro? No es posible afirmarlo aún.

El reumatismo articular agudo, que todos los clásicos han separado desde hace varios años de las enfermedades artríticas, entra gracias á la teoría infecciosa, pero por una vía tortuosa, en el antiguo concepto hipocrático.

III. Causas y terminaciones del artritismo.— En la actualidad existen tres puntos que merecen llamar de una manera especial la atención, cuando se estudian las terminaciones del artritismo. Son :

1.ª La cuestión de la hipertensión y de sus relaciones de una parte con el artritismo y de otra con las esclerosis.

2.ª La de la producción de las esclerosis viscerales con el problema, siempre planteado y jamás resuelto : arterio-esclerosis ó esclerosis visceral primitiva sin intermedio vascular.

3.ª Cuáles son las relaciones que deben establecerse entre el astritismo y las diferentes enfermedades nerviosas (neurosis, esclerosis no generalizadas y hasta generalizadas).

Resulta, al parecer de los trabajos sobre la hipertensión presentados en el *Congreso francés de Medicina* de 1904, que la hipertensión existe en los estados morbosos llamados artríticos y que tiene relaciones íntimas con las congestiones consideradas siempre como propias del artritismo.

¿La hipertensión es causa ó efecto de la arterio-esclerosis, ó estos dos hechos dependen de la misma causa tóxica ó infecciosa? ¿Hasta qué punto la secrecion de las cápsulas suprarrenales pueden ser causa de la hipertensión y de la esclerosis vascular? Tal es el enunciado de algunos de los problemas más importantes que deben resolverse referentes á la primera cuestión.

Respecto á la segunda, ¿deben considerarse las esclerosis viscerales como dependientes de la arterio-esclerosis ó como independientes del sistema arterial?

Diátesis fibrosa de Debove, inflamaciones crónicas fibroides poli-esclerosas viscerales, pan esclerosis de Letulle, inflamación intersticial poliviscerál de Bard, esclerosis múltiple diseminada de Grasset, tales son los nombres creados para expresar esta esclerosis independiente de la de los sistemas arteriales, opuesta á la doctrina de la arterio-esclerosis. Los anatomopatólogos discutirán aún, durante mucho tiempo, este árido problema, sin conseguir resolverle.

Cuanto al tercer problema, el de las relaciones entre el artritismo y las enfermedades nerviosas, puede decirse que en la herencia del neuroartritismo queda un hecho clínico de observación cotidiana.

Nunca sabremos cómo el artritismo produce neurosis, neurastenia, histerismo, epilepsia, etc.

¿Cómo se crean las esclerosis nerviosas?; y en este caso, ¿hay arterioesclerosis ó esclerosis esencial sin lesión vascular?

¿Entre las esclerosis nerviosas es posible explicar á la vez y sin contradicción las esclerosis difusas y las generalizadas?

¿La teoría de la tabes sifilítica, de la parálisis general sifilítica, ha suprimido radicalmente el artritismo de la etiología de estas enfermedades?

Leyendo los capítulos de etiología de los tratados más recientes de enfermedades del sistema nervioso, se ven las dificultades que ofrecen todos estos problemas y, sobre todo, cuán lejos está su resolución.

Quedan por indicar otros problemas, no menos difíciles de resolver, relaciones y parentesco del artritismo con la tuberculosis y con el cáncer.

¿Es posible decir en pocas palabras lo que debemos pensar del concepto del artritismo?

¿Debe quedar en la ciencia esta palabra, á pesar de las teorías múltiples y contradictorias que se emiten todos los días á propósito de este asunto?

Creemos poder responder por la afirmativa, siempre que se entienda por ella una relación establecida clínicamente entre diversos estados patológicos, un parentesco morboso. Los límites de este parentesco pueden ser difíciles de precisar, pero esto es únicamente lo que la palabra debe designar para que tenga probabilidades de durar científicamente.

Fluxiones articulares apiréticas y efímeras.—El Dr. Brunet: He observado seis casos de fluxiones articulares apiréticas y efímeras, muy movibles, que curaron en pocos días (de cuatro á ocho) sin complicación alguna general ni especial y que recayeron en individuos sanos que no habían padecido enfermedad infecciosa alguna (blenorragia, angina), ni intoxicación personal ó extraña (dilatación del estómago, saturnismo, etc.), ni herida ó puerta de entrada de un germen virulento. Como antecedentes sólo se descubrieron manifestaciones de artritismo y algo de trabajo excesivo accidental de las articulaciones, á veces hasta dudoso.

El tratamiento salicilado y después yodurado fué, al parecer, muy eficaz. Dada la benignidad, la apirexia, la marcha rápida y la curación completa de estos seis casos, hay motivo para preguntar si se trata de un reumatismo articular ligero, parcial, apirético, ó de un ataque frustrado de reumatismo crónico, gotoso ó discrásico. Creo más prudente citar el hecho sin decidirme, puesto que el problema de los reumatismos no está resuelto.

Tratamiento general de la sífilis desde la vulgarización de las inyecciones mercuriales. — El Dr. F. Verchère: Hasta 1889 las inyecciones mercuriales fueron un método excepcional. La técnica no era bien conocida, y las inyecciones producían siempre accidentes variados. Los abcesos eran frecuentísimos (y hasta debo decir más de lo que se afirma). Los dolores locales ó irradiados, á veces agudísimos, llegaban hasta impedir la marcha y duraban, por término medio, de dos á tres días, pero podían durar hasta nueve y más; los dolores, «que fueron causa de que por algún tiempo se llamara á mi clínica, clínica de los cojos»; los dolores, que persisten aun después de todas las inyecciones mercuriales, ligeros para unas, fuertes casi siempre para otras, variables según la sensibilidad de los enfermos, según la naturaleza del producto inyectado; los dolores, que ahuyentan á los pacientes de ciertas clínicas y no permiten á algunos ocultar su trata-

miento, han retrasado muchos años la adopción del método de las inyecciones.

Los tumores dermo-epidérmicos no supurados, los infartos á veces voluminosos, que ocupan una parte más ó menos extensa de la nalga, que tardan en desaparecer y á veces se reblandecen y producen fístulas más ó menos persistentes, la retracción de la piel en el sitio de la picadura, las adherencias profundas, que forman verdaderas cicatrices de aspecto repugnante en el vértice de la nalga, todos estos inconvenientes, algunos de los cuales subsisten aún, pero muy atenuados y debidos á faltas en la técnica, retrasaron la adopción del método, sobre todo cuando los autores agregaron á estos accidentes relativamente benignos hechos mucho más graves. Pero como dice Lévy Bing, «desde que la técnica es más perfecta, es decir, desde hace una docena de años, no puede citarse un solo accidente grave debido á las inyecciones».

La técnica está en la actualidad perfectamente reglamentada, y puede resumirse en la observación de dos reglas bien establecidas: 1.ª, observar la asepsia más rigurosa de la región inyectada, del líquido inyectado y del instrumento inyectador; 2.ª, hacer la inyección en el tejido muscular y sólo en el tejido muscular. De este modo se evitan los nódulos, las embolias, las fusiones celulares, los abscesos, las fístulas, que por tanto tiempo han hecho que fuera rechazado el método.

El mercurio inyectado debe dosificarse con toda exactitud, puesto que la inyección no obra más que por la dosis de mercurio, no por la de la sal empleada.

La jeringa de Pravaz puede bastar en algunos casos, pero la mayor parte de las veces es un instrumento infiél. La exactitud de la de Barthelemy ha sido discutida por algunos autores, y en particular por Le Pileur, que ha adoptado una jeringa perfectamente calibrada, cuya exactitud es matemática.

El líquido se inyecta generalmente en la región glútea, región poco sensible, poco vascular y en la que los músculos gruesos son accesibles con facilidad. Están indicados de una manera especial distintos puntos de esta región, que son aceptables si se trata de evitar los nervios (ciático) y sus inmediaciones, los vasos venosos y las capas muy espesas ó muy abundantes de tejido celular.

El método de las inyecciones mercuriales es indudablemente más científico, más rápido que las fricciones ó la ingestión (Levy-Bing). ¿Es más eficaz porque cura los accidente secundarios de la sífilis? Es todavía difícil afirmarlo, y los elementos clínicos necesarios para formar una opinión fija sobre este asunto no se han reunido aún.

Es probablemente un método de mercurialización más activo que los otros, pero la mercurialización del sifilítico ¿tiene una acción tan efectiva como dicen los entusiastas del nuevo método sobre la absorción, la duración y la gravedad de los accidentes secundarios de la sífilis?

La mercurialización metódica, intensa, prolongada del sifilítico, obtenida por las inyecciones mercuriales, ¿evita mejor los accidentes ulteriores de la sífilis terciaria y de la parasífilis? ¿Puede incluirse en el activo del nuevo método la facultad de *curar* la sífilis por la mercurialización?

Algunos autores, muy entusiastas, sostienen esta idea, y en su convicción han llegado hasta dar reglas sobre el tratamiento matemático y anual de todas las sífilis, indicando el número de inyecciones, la fecha de su aplicación, la duración de su empleo, etc. ¿Puede admitirse sin reserva el resultado que se obtiene? Es todavía imposible decirlo, y la opinión imparcial de muchos sifiliógrafos varía respecto á las inyecciones intramusculares necesarias, aunque reconocen que es un medio de mercurialización más científico y más seguro, añadiendo que no es posible afirmar que poseen una acción antiséptica superior á la de todos los métodos que desde hace mucho tiempo han probado su eficacia y merecen seguir siendo reputados como útiles.

Las inyecciones intramusculares pueden ser utilísimas en los casos de intolerancia gástrica (embarazo, dispepsia, niños heredosifilíticos, etc.). La estomatitis es menos frecuente con las inyecciones, pero para formarse una opinión, es necesario tener presente que la asepsia de la boca, que se recomienda desde que se ha adoptado este método, no se practicaba cuando sólo se conocían la ingestión ó las fricciones. ¿No ocurrirá lo mismo con estos últimos métodos adoptando iguales precauciones?

Las inyecciones de sales solubles, que deben hacerse todos los días, son de aplicación fácil en el hospital, pero difíciles en la práctica civil. Exigen por parte del enfermo una gran pérdida de tiempo, son por lo general muy costosas, á veces dolorosas, y sólo consienten someterse á ellas los enfermos rarísimos á los que su falta de ocupación y su fortuna permiten este lujo terapéutico. Las ventajas curativas no compensan los inconvenientes de la aplicación.

Las inyecciones de sales insolubles sólo deben hacerse cada ocho días; exigen también una gran pérdida de tiempo; son menos costosas, pero á veces mucho más dolorosas. Los calomelanos son dolorosos y deben reservarse para los casos graves. El aceite gris es, al parecer, el adoptado por la mayor parte de los sifiliógrafos partidarios del método de las inyecciones mercuriales.

Tratamiento de la meningitis cerebro-espinal por los abscesos de fijación.— El Dr. Vallot: He tratado en el Hospital marítimo de Cherburgo tres casos de meningitis cerebro-espinal. En vista de la ineficacia de los tratamientos ordinarios, empleé con éxito completo los abscesos de fijación (inyección subcutánea de 1 centímetro cúbico de esencia de trementina). Creo conveniente llamar la atención sobre el resultado obtenido en estos casos para que se generalice su empleo y se compruebe si el método es ó no eficaz.

Suprarrenalitis mercurial en el hombre. — El Dr. Moulinier: Las cápsulas suprarrenales hipertrofiadas que presento proceden de un enfermo que murió intoxicado por el bicloruro de mercurio. Es el primer caso de suprarrenalitis mercurial que he observado en el hombre. Según las investigaciones que he hecho en el conejillo de Indias, la suprarrenalitis es constante en la intoxicación mercurial: existe, al parecer, una relación de causa á efecto entre estas lesiones y las del miocardio, causa de la muerte en el envenenamiento por el mercurio. La constancia de la suprarrenalitis en la intoxicación mercurial, demuestra la necesidad de vigilar las cápsulas su-

prarrenales durante el tratamiento mercurial antisifilítico. El cansancio muscular, el tinte bronceado de la piel que se observa en ciertas personas sometidas á la acción del mercurio, son debidos quizá á una suprarrenalitis consecutiva, y en los casos de intoxicación grave, parece que la gravedad de los síntomas está relacionada con una hiperadrenalización.

Tratamiento de la incontinencia de orina por las inyecciones epidurales de Sicard. — El Dr. Ardouin: He tratado por estas inyecciones 22 enfermos que padecían incontinencia de orina debida á causas diferentes. He adoptado la técnica que aconseja Cathelin: inyecta de 10 á 30 centímetros cúbicos de suero fisiológico, sin observar accidente importante, excepto las sensaciones dolorosas ó de laxitud que notaron en las piernas algunos enfermos. De los 22 enfermos, el tratamiento sólo fracasó en dos, obteniéndose 22 curaciones y cuatro mejorías.

Estado actual de la radioterapia. — El Dr. Bergonié: Todos están conformes respecto á los excelentes resultados obtenidos con la radioterapia en el tratamiento de las neoformaciones epiteliales superficiales y en la leucemia mielógena. Cuanto á los tumores malignos de generalización rápida ó tardía, las opiniones son muy variables.

Creo que en el cáncer operable de la mama el médico electricista no puede actualmente asumir la responsabilidad de sustituir la radioterapia á la intervención operatoria. En el cáncer mamario inoperable, la radioterapia es tratamiento paliativo, pero no previene la generalización. En el cáncer de la mama operado y recidivado, los resultados son perfectos al principio, pero muchas veces la afección se generaliza á pesar del tratamiento y es imposible contener su marcha. En el escirro de las ancianas la radioterapia está perfectamente indicada. Empleada de buena manera, evita por completo el dolor y la ulceración y contiene la marcha de la enfermedad. En el tratamiento preventivo después de la ablación de la mama es difícil, si no imposible, decir en la actualidad si el tratamiento es ó no eficaz. En las neoplasias internas los resultados de la radioterapia son poco satisfactorios. En el cáncer del útero sólo he visto obtener resultados en un caso. De siete cánceres de la lengua, uno únicamente sobrevivió más de dieciocho meses.

En la tuberculosis ganglionar, sobre todo no supurada, la radioterapia está perfectamente indicada. He observado la regresión de los infartos ganglionares tratados así, pero no su desaparición completa.

Las radiaciones más eficaces son, al parecer, las que por su cantidad ó calidad producen una inflamación intensa de la piel sin llegar á la descamación aguda. El estado general del enfermo no se ha resentido por esta regresión ganglionar á veces rápida.

He empleado con éxito la radioterapia en dos casos de zona.

(*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

XXIV CONGRESO ALEMÁN DE CIRUGÍA

Celebrado en Berlín los días 26 al 30 de Abril de 1905.

(Continuación)

Resección orbitaria de Krönlein para tratar los tumores y las inflamaciones retrobulbares. — El Dr. *Axenfeld* (de Freiburgo) hace notar, á guisa de introducción, que la operación de Krönlein la indican aquellos tumores que por radicar al lado del globo ocular, pueden ser atacados quirúrgicamente. Por lo tanto, no tiene aplicación á toda clase de tumores orbitarios, puesto que, como hay que trabajar á obscuras, se producen fácilmente lesiones accidentales graves, como le sucedió á Greef en uno de sus casos en que el enfermo perdió la vista á consecuencia de la operación. Donde está más indicada ésta es en los tumores retrobulbares, en los que A. de Græfe todavía practicaba la enucleación. En estos casos se ha hecho más tarde la luxación del globo ocular, pero no está indicada más que en los casos de tumores del nervio óptico en que no es seguro el diagnóstico. No es procedente hacer una punción exploradora de paso en la profundidad del globo ocular, porque si se trata de un tumor maligno, nos exponemos á favorecer su ulterior difusión. Por todo ello debemos ver en la operación de Krönlein un gran progreso, tanto diagnóstico como terapéutico, por más que sólo tiene aplicación á tumores limitables. Por otra parte, también presta buenos servicios en las afecciones inflamatorias retrobulbares, puesto que hay casos en que inflamaciones obscuras, tales como las que proceden de los conductos accesorios, provocan la exoftalmía ; en estos casos no debemos proceder al azar penetrando por el lado del globo ocular. En circunstancias como éstas, el autor ha practicado la operación con éxito en cinco casos. Verdad es que á veces no se tropieza con las lesiones que se esperaba encontrar, y que en vez de la inflamación, se encuentra un linfangioma que, después de evacuado, vuelve á reproducirse.

El Dr. *Helbron* (de Berlín) da cuenta de los resultados que se han obtenido con la operación de Krönlein en la Clínica oftalmológica de la Universidad. En algunos casos de tumores voluminosos y de asiento de los mismos en el lado nasal, se han empleado como modificación del procedimiento incisiones de desbridamiento, las cuales facilitan la operación y no dan ningún motivo á complicaciones de mala índole. Fuera de estos casos no conviene emplear incisiones cutáneas diferentes de las que aconseja Krönlein. Respecto á las incisiones óseas, que son algo difíciles, lo más conveniente es practicarlas con el escoplo. Otros cirujanos emplean la sierra de hoja curva, porque con ella se evita la formación de esquirlas. Pero el autor nunca ha visto que se formen cuando se usa el escoplo, y en cambio, este instrumento tiene la ventaja de que permite hacer la operación con mucha rapidez. Mas para ello es condición precisa proceder según un orden determinado. Primero se traza la incisión ósea horizontal superior, después la oblícua y, por último, la horizontal inferior, no siendo de rigor la inversión completa del trozo óseo.

Con este procedimiento no sobrevienen nunca complicaciones, la cura-

ción de la herida se realiza sin ningún tropiezo y no queda ninguna cicatriz que desfigure la fisonomía. La curación del trozo de hueso que se vuelve á colocar en su sitio se efectúa rápidamente. No hay necesidad de suturas óseas ni periósticas. Lo único que se observa á veces es que el callo que se forma es muy voluminoso. El acceso al tumor resulta muy franco. Generalmente se salva el globo ocular, tanto que de 114 casos de resección orbitaria á lo Krönlein que registra la literatura, sólo en dos hubo que lamentar la pérdida de dicho globo. La situación de éste después de la operación es normal, siendo rarísimos los casos en que queda exoftalmía ó enoftalmía. En algún caso de individuo joven en que se practicó la operación, se observó, como consecuencia de la misma, alteración en el desarrollo del globo ocular. La posición de éste suele conservarse también normal, pero en algún caso raro ha quedado,un estrabismo convergente. Lo que sí quedan en muchos casos son lesiones de los músculos oculares. La función del ojo se conserva bien cuando no ha habido necesidad de resecar el nervio óptico.

Si se trata de tumores malignos, los resultados definitivos de la operación tienen que ser necesariamente muy desfavorables. En esos casos lo más conveniente de todo es hacer seguir la operación de la enucleación del globo ocular.

El autor presenta después algunas personas á las que se les ha hecho la operación de Krönlein: 1.ª Un muchacho al que se le ha operado hace dieciocho meses á causa de un exoftalmos muy pronunciado. En la mitad inferior y externa de la órbita se encontró un gran tumor, un quiste dermoideo, que provenía de la fisura orbitaria inferior, pero quedando una parálisis del esfínter de la pupilar y del músculo ciliar (parálisis de acomodación). 2.ª Una muchacha que ha sido operada hace catorce meses por exoftalmía. Existía un gran cavernoma en la órbita; la exoftalmía no ha desaparecido por completo y persiste la parálisis del músculo oblícuo superior. 3.ª Mujer que fué operada en octubre de 1901; había exoftalmía y ambliopía. La operación demostró la existencia de un tumor que se había fundido con el nervio óptico, pero que se pudo desprender de éste perfectamente. Curación, restableciéndose por completo la facultad visual.

El Dr. *Franke* (de Brunswick) hace notar que hay casos en los que no basta con la operación típica. De aquí que él haya ensayado perfeccionar el procedimiento, seccionando la pared superior de la órbita en aquellos casos en que no son suficientes las incisiones de desbridamiento.

El Dr. *Krönlein* (de Zurich) dice que lo que le ha inducido á idear su método ha sido un caso en el que un quiste dermoide sólo imperfectamente se podía extirpar por delante, quedando sin extirpar la porción retrobulbar. Después de esta operación, que ha hecho hace veinte años, tardó mucho tiempo en publicarla, porque esperaba tener nueva ocasión de practicarla.

Neumonías consecutivas á las operaciones de vientre. — El Dr. *Kelling* (de Dresde) insiste en la necesidad de que se esclarezcan las causas de la frecuencia con que se presentan pulmonías graves á consecuencia de operaciones en el vientre. Dichas causas se pueden dividir en predisponentes y eficientes ó directas.

Como predisponente, tiene mucha importancia la edad; la neumonía es mucho más frecuente en las personas que pasan de los setenta años. También es más frecuente en el hombre, debido probablemente al alcoholismo. Obran también como factores predisponentes la caquexia general, la debilidad cardíaca, la arterio-esclerosis, el enfisema y la permanencia muy prolongada en decúbito supino. Respecto á la anestesia general, no puede afirmarse nada con seguridad; más aún, según Gottstein, la pulmonía sería más frecuente cuando se emplea la anestesia local de Schleich que no cuando se apela á la general. Se dice, además, que la anestesia etérea es más peligrosa en este concepto que la clorofórmica, pero si es verdad que el éter irrita las mucosas, el cloroformo, en cambio, paraliza el corazón y provoca vómitos que pueden ocasionar neumonías por aspiración. De todas suertes, no se debe emplear el éter en los enfermos que padecen de afecciones de los bronquios y de los pulmones.

Tienen también importancia causal las influencias vasomotoras, la relajación en los pulmones, que se produce de un modo reflejo, á partir de los vasomotores. En esta categoría hay que incluir el enfriamiento, que obra por vía refleja sobre los vasomotores pulmonares. También el dolor disminuye la resistencia á las influencias nocivas.

Mas para que se presente la inflamación es preciso que la infección actúe sobre las vías bronquiales sanguíneas y linfáticas.

En la infección bronquial desempeña el papel principal la aspiración de material infeccioso procedente de la boca, de la nariz ó del estómago (vómito). La aspiración más importante es la que proviene del mismo pulmón, v. gr., de la secreción en la bronquitis purulenta. Los que corren más peligro en este concepto son los traqueotomizados. El peligro de la bronquitis preoperatoria lo da á conocer la siguiente estadística: De 200 casos de laparotomía revisados por el autor, en 13 existía bronquitis antes de la operación; de éstos enfermaron de bronconeumonía después de la operación 10; en cambio, de los 187 casos restantes, sólo en 8 sobrevino neumonía á consecuencia de vómitos y de mala anestesia. Lo cierto es que la neumonía por aspiración es más frecuente después de la laparotomía que después de las operaciones en las extremidades. Mucho contribuye á ello la circunstancia de que en gran parte de los enfermos laparotomizados ya existía bronquitis antes de la operación y que la laparotomía exige una anestesia profunda y casi siempre muy prolongada.

Infección por la vía sanguínea.—Hay que mencionar en este grupo la neumonía embólica, que no se presenta hasta diez ó doce días después de la operación, y que sigue á menudo á la ligadura de las venas cuando no se ha hecho con una asepsia completa. Pero la neumonía hematógena puede sobrevenir sin necesidad de comunicación vascular directa: tal sucede después de la apendicitis, probablemente porque los vasos linfáticos del mesenterio comunican con las venas retromesentéricas, por más que no se ha dado la demostración experimental de este hecho. (El autor recuerda la comunicación de las venas lumbares con la azigos y con la semiazigos).

Infección por las vías linfáticas. — Por la cavidad abdominal pasa una gran corriente linfática: así lo prueba el hecho de que un tapón colocado en dicha cavidad recoge una gran cantidad de linfa. Debe haber comuni-

cación entre los vasos linfáticos de la cavidad abdominal y los de la torácica, de modo que la linfa infectada procedente del abdomen pasa á los vasos linfáticos del diafragma y después á los de la pleura; de aquí la pleuresía que á menudo se observa después de la peritonitis, pleuresía que es más frecuente en el lado derecho, donde la corriente linfática es más enérgica. ¿Cómo se desarrolla después una pulmonía? Para resolver esta cuestión, el autor introdujo materias colorantes en las grandes vías linfáticas. Cuando está disminuída la elasticidad de los pulmones, la materia colorante pasa á éstos; en cambio, en circunstancias normales, la contractilidad del tejido hace que la presión en los pulmones sea demasiado grande para poder permitir dicho paso. Debe admitirse, por lo tanto, que el éxtasis disminuye la elasticidad de los pulmones, y que gracias á esto, la neumonía se puede desarrollar por la vía linfática. Además de esto, en el diafragma existen también vías linfáticas que comunican directamente con los vasos sanguíneos. Por consiguiente, lo primero es una septicemia que conduce á una hipostasis del pulmón y facilita el desarrollo de una pulmonía. Por último, hay que recordar la infección por el aire; en la laparotomía penetra aire en el vientre y entra en comunicación con los vasos linfáticos.

En resumen: 1.° En la laparotomía existe tendencia á la hipostasia pulmonar; 2.°, la neumonía post operatoria más frecuente, después de la laparotomía, es la neumonía por aspiración; 3.°, no es rara la pleuroneumonía consecutiva á la infección por las vías linfáticas; 4.°, hay también la neumonía embólica consecutiva á la ligadura de las venas, así como también por embolia microbiana por la vía venosa; 5.°, esta variedad es la neumonía consecutiva á la septicemia vascular; 6.°, por último, existe la neumonía por infección aérea.

Por lo general, no se pueden distinguir las diferentes variedades, pero también se observan casos típicos de las distintas categorías.

Respecto á la profilaxia, cuando existe bronquitis ó el corazón está débil, se diferirá la operación hasta que éste se vigorice, se procurará que no se enfríen los órganos abdominales, se cuidará de que el decúbito supino no se prolongue mucho, cambiando á menudo de posición al enfermo, facilitando la expectoración, haciendo que el paciente practique pronto ejercicios respiratorios y evitando en lo posible la infección de la cavidad abdominal; por esto es preferible aplazar la incisión de los abscesos peritiflíticos hasta que el pus haya perdido su infecciosidad. Aún no se sabe cuál de los apósitos, si el seco ó el húmedo, influyen más después de la laparotomía en la génesis de la pulmonía. Algunos cirujanos afirman que la operación aséptica no va seguida de pulmonía; otros, en cambio, contradicen tal afirmación.

El Dr. *Czerny* da cuenta de lo observado en la clínica de Heidelberg. En los últimos cuatro años se han hecho 1.302 laparotomías, 597 en hombres y 705 en mujeres, habiéndose observado en conjunto 52 neumonías post operatorias. No se cuentan en este grupo las afecciones del pulmón que han sobrevenido por motivos no operatorios. Tampoco se han incluído afecciones fugaces y de poca monta. Están más predispuestos los pacientes de cuarenta á sesenta años, los enfisematosos y los que sufren de lesio-

nes vasculares ó de debilidad cardíaca. Respecto á la influencia del alcoholismo y del nicotinismo, la estadística no esclarece este punto. El sexo no influye ni tampoco la gran obesidad. En cuatro casos existían precedentemente bronquitis y en seis enfisema ú otros procedimientos pulmonares. También la nefritis obra como factor predisponente. Como en ningún caso se empleó la anestesia etérea pura, no puede aparecer que ésta favorezca el desarrollo de la neumonía; en 11 casos se usó el oxígeno y en tres la anestesia de Schleich. En dos casos había habido vómitos. Quizá el factor más importante sea la manera de proceder á la anestesia. La mayoría de las neumonías deben reconocer por causa la aspiración, puesto que no sobrevinieron hasta tres días después de la operación. La neumonía es menos frecuente cuando se cose menos la herida y á causa de ello se hace más fácil la respiración. De los 52 casos, en 14 se trataba de operaciones en las vías biliares, en 12 de gastrostomías, en 11 de operaciones generales, etc. La laparotomía superior representa un tercio de la estadística total y le corresponden dos tercios de la estadística de la pulmonía, dato que confirma la opinión de Kelling de que las operaciones en la parte superior del abdomen predisponen más que las otras á la pulmonía. Esta afecta de preferencia al pulmón derecho. La operación de la apendicitis predispone poco á la pulmonía; en efecto, aunque represente el 14 por 100 de todas las operaciones, sólo figura con un 2 por 100 en la estadística de las pulmonías. En cambio, las operaciones ginecológicas, que representan el 10 por 100 de todas, figuran en dicha estadística por un 20 por 100. En estas operaciones interviene por mucho la posición elevada de la pelvis, en la que por no atender también á la cabeza, sobreviene más fácilmente la aspiración. En 50 por 100 de los casos de pulmonía, el proceso curativo no se ha verificado sin tropiezo. En 31 casos se curó la pulmonía; fallecieron 21 pacientes, y de ellos 11 á consecuencia de dicha complicación. La profilaxia debe prestar múchísima atención á la cavidad bucal, á la anestesia, al tratamiento consecutivo de las heridas de la laparotomía y á la desinfección.

El Dr. *Kümmell* (de Hamburgo) dice que por lo que ha observado, la causa más importante de la pulmonía es la anestesia, sobre todo la etérea. También influyen mucho las condiciones metereológicas. De 3.200 laparotomías hechas por el autor, ha podido recoger datos exactos en 2.203. De 1.754 en que se usó casi exclusivamente el cloroformo, fallecieron de pulmonía 43 (excluyendo las pulmonías seniles y las agónicas) y se curaron de dicha enfermedad 15. Generalmente no se gastó más de 40 á 50 gramos de cloroformo. Dió mejor estadística el grupo de anestesias con cloroformo y oxígeno. El empleo de la anestesia escopolaminomorfínica ha modificado mucho la situación, puesto que de 409 casos en que se empleó esta anestesia, sólo en uno sobrevino la pulmonía, sin ningún fallecimiento; pero hay que emplear dosis no excesivas de escopolamina. El autor emplea 5 centígramos y rara vez 8; de morfina 1 centígramo. Si además se usa el éter, éste no influye desfavorablemente en los órganos respiratorios, porque la escopolamina obra como desecante. Este procedimiento de anestesia es, además, muy humano, porque el enfermo no ve nada de los preparativos de la operación, y de este modo se evita una emoción que perjudica al centro circulatorio. Como, por otra parte, requiere muy poca cantidad del

anestésico general, resulta ser un procedimiento sumamente recomendable.

El Dr. *Schloffer* refiere que de las 1.600 operaciones hechas en los últimos dieciséis meses y medio en la clínica de Insbruck, ha habido 28 pulmonías con 22 fallecimientos. De 16 herniotomías sobrevino la pulmonía embólica en tres casos, tanto por ciento muy elevado que Wölfler atribuye á particularidades técnicas del procedimiento de Bassini que se ha empleado. La circustancia de que se descubre en mucha extensión el cordón espermático, expone con más facilidad á lesiones de las venas. Como profilaxia hay que combatir el dolor y procurar que se haga más fácil la tos. En Insbruck siempre se aplica un vendaje compresivo muy resistente al abdomen, pero por encima del ombligo sólo se coloca una ligera venda compresiva.

El Dr. *Trendelenburg* dice que en la clínica de Leipzig las pulmonías post operatorias después de laparotomías representan un 5 por 100 y las restantes un 1 por 100. En las consecutivas á laparotomías, la gastrostomía representa el 30 por 100; la contusión de la pared abdominal, el 15'9 por 100; las operaciones por peritiflitis, el 5 por 100; la laparotomía exploradora, el 4'7 por 100, y las operaciones en las vías biliares, el 1'4 por 100. La altura de la herida abdominal no influye nada en la génesis de la pulmonía. Lo único cierto es que la frecuencia de la pulmonía aumenta con la edad. De 68 casos de pulmonía fallecieron 51.

El Dr. *Franke* (de Brunswick) dice que así como hasta 1898 habían sido raros los casos de pulmonía post operatoria en los hospitales de dicha población, desde la época mencionada enferman de pulmonía casi todos los enfermos laparotomizados. El autor no ha podido averiguar la causa de dicha particularidad. Por fortuna, la mortalidad no pasó del 1 al 2 por 100, resultado favorable que el autor atribuye á que se prescriben muy pronto la digital, el salicilato sódico y la antipirina, empleando, si es preciso, la vía rectal. También la nitroglicerina parece obrar muy favorablemente.

El Dr. *Kausch* expone la siguiente estadística de la clínica de Breslavia. Desde el 1.° de abril de 1901 al 31 de marzo de 1905 se hicieron 1.880 laparotomías, que con 240 de la clínica privada del profesor Mikulicz, suman 2.120 casos con 45 de pulmonía y 24 fallecimientos. Como profilaxia recomienda el autor evitar el enfriamiento del operado, lavar la cavidad abdominal con agua salada, cuidar de la evacuación del estómago (con su sonda se evita seguramente una aspiración), esmerarse en la limpieza de la boca y hacer que el operado practique la gimnasia respiratoria lo más pronto posible. La neumonía parece sobrevenir con más facilidad en las operaciones que se realizan cerca del diafragma. Es de la mayor importancia la asepsia muy esmerada y el lavado de la cavidad abdominal; el taponamiento da, en este respecto, malos resultados. La anestesia etérea no agrava el pronóstico. No parece probable que la escopolamina obre favorablemente, porque tampoco resulta ventajosa la anestesia por infiltración de Schleich. En Breslavia no se ha observado nada parecido á una acumulación epidémica de pulmonías post operatorias. Difícil es resolver si la infección se verifica por la vía linfática ó por la sanguínea; sin embargo, el autor se inclina más á la primera opinión.

El Dr. *R. Mühsam* refiere lo observado en la clínica de Sonnenburg. De 1.000 operaciones de apendicitis se observaron complicaciones pulmonares en 45 casos, 37 de los cuales debieron ser de origen embólico á juzgar por la coincidencia frecuente de la embolia y de la neumonía. A la clínica hospitalaria correspondieron de las 37 pulmonías embólicas 14, á la particular 23, no obstante tratarse de un número de casos mucho más reducido. Y es que la enferma particular no se decide generalmente por la operación hasta que ya están muy quebrantadas sus fuerzas y muy afectado su corazón.

La forma embólica es menos frecuente en el hombre; en las demás se conducen por igual ambos sexos. La neumonía embólica sobrevino del segundo día á la cuarta semana después de la operación. El pronóstico siempre es muy dudoso en los enfermos de edad. Como profiláctico aconseja el autor, según lo observado últimamente, administrar el estrofanto ó la digital antes de la operación para vigorizar el corazón. Procediendo así nunca se ha observado la embolia.

El Dr. *Heusner* (de Barineu) dice que esta cuestión no se resuelve con estadísticas; lo que hace falta es ampliar nuestros conocimientos anatómicos acerca de las conexiones que existen entre las cavidades abdominal y torácica. Hasta la fecha no se ha demostrado que las vías linfáticas pasen del vientre al pecho, á través del diafragma, sino tan sólo que hay vasos linfáticos que empiezan en el diafragma, lo atraviesan y de este modo propagan ulteriormente la inflamación Es verdad que se ha hablado muchas veces de una comunicación con la cavidad abdominal por medio de estomas, pero nadie ha demostrado hasta la fecha su realidad. El autor cree que tampoco se puede admitir la explicación mecánica que se funda en la disminución de elasticidad del pulmón. Además, existen vías linfáticas que rodean los ganglios sin pasar á través de ellos; como esta linfa no se filtra, las materias infecciosas que conduzca pasan á la sangre. El autor se decide también á admitir alguna influencia epidémica, puesto que en su hospital ha habido hace tres años y medio una época en la que enfermaban de pulmonía casi todos los laparotomizados. La pulmonía sobreviene con más facilidad en los operados porque los neumococos, gracias á la menor capacidad de resistencia del organismo, encuentran condiciones más fáciles para su implantación. En este concepto la escopolamina no tiene seguramente la menor influencia.

El Dr. *König* (de Jena) pregunta si se trata de inflamaciones hematógenas en esos casos de pulmonías operatorias y cuántas han sido del tipo neumococo vulgar.

El Dr. *Rehn* (de Francfort sobre el Mein) dice que no ha visto presentarse ninguna pulmonía después de abscesos del vientre. No le parece bien el consejo de Kelling de aplazar la incisión del absceso peritiflítico hasta que el pus haya perdido su infecciosidad, porque tal conducta expone á peligros al paciente en la inmensa mayoría de los casos.

El Dr. *König* (de Altona) cree que en la neumonía consecutiva á extirpaciones de apéndice no es rara la patogenia trombósica; el autor ha visto dos de estos casos que han terminado mortalmente. La anestesia etérea favorece la aparición de la pulmonía á causa del colapso que á menudo so-

breviene rápidamente. Por esto se deben dar tónicos cardíacos antes de la laparotomía.

El Dr. *Friedreich* (de Grifswald) está de acuerdo con König, el mayor, sobre la conveniencia de precisar bacteriológicamente el carácter de cada pulmonía. La forma más rara es la crupal; la hipostática ya había sido descrita por Thiersch; después viene la de estreptococos. La pulmonía anatómica es originada casi siempre por procesos infecciosos en el campo operatorio. La forma más común es la pulmonía por aspiración. Respecto á la etiología en su aspecto medio, nada se puede decir con precisión acerca de los distintos procedimientos de anestesia. Es de mayor importancia la naturaleza de la respiración post operatoria. Se debe procurar una respiración lo más franca posible, para lo cual hay que atender sobre todo al adormecimiento de los dolores post operatorios por medio de la morfina, porque los dolores impiden mucho la respiración.

El Dr. *Rotter* (de Berlín) se declara partidario de la anestesia escopolaminomorfínica, sobre todo cuando se trata de operaciones largas y de personas de edad. Entre 260 casos de laparotomía, ha tenido algunos de bronquitis, pero ninguno de verdadera pulmonía. En un individuo muy corpulento y de corazón débil sobrevino la embolia.

El Dr. *Henke* (de Charlottenburgo) opina que en la pulmonía post operatoria la embolia desempeña un papel mucho menor que la infección procedente de las vias aéreas. Después de la laparotomía son relativamente raros los casos de procesos embólicos.

El Dr. *Meisel* (de Freiburgo) dice que en concepto de Kraske, la posición invertida del cuerpo, perturbando la circulación en los pulmones, favorece el desarrollo de la pulmonía. Desde hace siete años no ha tenido más que un 2 por 100 de casos de pulmonía consecutiva á la laparotomía. En tres casos de talla hipogástrica con posición muy invertida de los pacientes, sobrevinieron trastornos circulatorios de mucha entidad con neumonías hipostáticas, debidas seguramente á dicha causa. En un individuo operado por el método abdominosacro, ocurrió la muerte á las cuarenta y ocho horas de la operación, pero inmediatamente después de ésta ya se habían presentado vómito sanguinolento, trastornos de la circulación y disnea. Al hacer la autopsia no se encontró nada de sangre en el estómago; el corazón derecho estaba sobrelleno de sangre, los lóbulos inferiores de ambos pulmones hiperemiados y en el intestino tres cuartos de litro de sangre que había sido impulsada desde el estómago. La muerte había sido ocasionada por parálisis cardíaca. De todo esto se deduce la necesidad de prestar mucha atención á la posición invertida que se adopta en algunas operaciones.

El Dr. *Payr* (de Graz) refiere los experimentos que ha realizado con carmín de índigo para estudiar la marcha de la linfa en el diafragma. Poniendo la materia colorante en contacto con éste, se ve que á los dieciocho minutos ya aparece á lo largo del esófago; siete minutos después se encuentra en la sangre de la carótida y dieciocho minutos más tarde en la cavidad bronquial. Según esto, para la patogenia de la pulmonía post operatoria hay que tener presente sin duda alguna la vía linfática directa.

El Dr. *Lenhartz* (de Hamburgo), dice que va á intervenir como médico. Según lo observado á la cabecera del enfermo y en la mesa de autopsia, la

neumonía por aspiración es la que tiene más importancia y presenta cierta analogía con la pulmonía que se observa en el tifus abdominal. La causa de que la pulmonía post operatoria sea más común después de las operaciones supra-umbilicales que después de las infra-umbilicales, consiste en que en las primeras la aireación de las porciones inferiores de los pulmones es menor á causa del dolor que dificulta la respiración abdominal. Para evitar la complicación pulmonar se requiere una oportuna ventilación de los pulmones; siempre que se pueda se atenderá á la aireación de las porciones inferiores de estas vísceras. En la fiebre tifoidea, la pulmonía hasta viene á constituir el peligro principal. Por lo tanto, tan pronto como se manifiesten los primeros síntomas de parte de los pulmones, se acostará el sujeto sobre el lado sano á fin de que el pulmón enfermo se vea obligado á respirar con más intensidad y energía. Con esto suelen desaparecer rápidamente los fenómenos alarmantes. No cree el autor que se trata de una infección neumocócica primitiva por la vía sanguínea; lo primitivo es la aspiración y la infección sobreviene después secundariamente.

El Dr. *König* (de Jena) pregunta á Lenhartz de qué manera consigue la aireación del pulmón enfermo.

El Dr. *Lenhartz* contesta que haciendo que el sujeto se acueste sobre el lado del pulmón sano, con lo cual aumenta la movilidad pasiva. Como medio auxiliar emplea las afusiones frías y además incita al sujeto á que respire ampliamente.

El Dr. *Küster* (de Masburgo) dice no haber observado ningún caso en que la anestesia etérea hubiese sido causa de formación de trombosis, y en cambio ha visto tres de estos casos después de la anestesia clorofórmica.

El Dr. *Krönlein* (de Zurich) manifiesta haber ejecutado desde principios de 1900 hasta la fecha, 1.409 laparotomías habiendo tenido 8 casos de pulmonía con 4 fallecimientos; pero mientras en el año 1904 hizo 407 laparotomías sin tener un caso de pulmonía, en 1902 tuvo un caso á las 223 operaciones. No cree que el enfriamiento sea la causa de tal complicación; para él la causa principal es la anestesia. El emplea la etérea, pero es muy exigente en lo que se refiere á la cantidad y calidad del éter que ha de usar. El consumo se reduce al mínimum, no llegando á la mitad del que gastan otros clínicos. Tampoco se debe alargar más de lo necesario la anestesia; así que la desinfección conviene hacerla antes de adormecer al paciente. También merece atención especial el tratamiento del peritoneo que habrá de ser, como ya se comprende, aséptico y limitando en lo posible el mal trato mecánico de dicha serosa; sólo se emplearán torundas secas que se desecharán después del primer uso. De los ocho casos de pulmonía que se han observado, dos se refieren á ancianos de ochenta y setenta y siete años respectivamente, los cuales sucumbieron á la enfermedad; cuatro eran hombres y otros cuatro mujeres, no revelándose según esto, mayor predisposición en ninguno de los dos sexos.

El Dr. *Trendelenburg* (de Leipzig) cree que la estadística tiene su valor y que también se puede aprender de las cifras.

El Dr. *Braunn* (de Gottinga) opina que las diferencias que se observan en las estadísticas, provienen de que unos denominan pulmonía á lo que otros designan con otro calificativo. Hay casos que no son de verdaderas

pulmonías, sino de bronquitis capilares ó de cosa parecida. En las historias y reseñas conviene especificar detalladamente los síntomas.

El Dr. *Kelling* (de Dresde) manifiesta, para terminar, que la infección de la cavidad abdominal no puede ser indiferente para la génesis de la pulmonía y que tampoco se puede excluir en absoluto la infección por el aire. Habiendo estudiado muy detenidamente la circulación linfática, ha comprobado, por medio de la experimentación, que en los animales la pleura y el pulmón son permeables hacia el diafragma y recíprocamente.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

(*Continuará*).

PERIÓDICOS

Propiedades hemostáticas de la pimienta.—La acción hemostática tan conocida del mático (*Piper angustifolium*), debida indudablemente á una esencia y á una resina especiales, ha hecho suponer al Dr. Pégurier que otras piperáceas, entre ellas la pimienta ordinaria, deben poseer una acción análoga. En efecto, espolvoreando pimienta finamente sobre una herida ligera, la hemorragia se contiene al punto por coagulación de la sangre. La herida se cierra en seguida, y al contrario de lo que podría suponerse, la pimienta no produce escozor alguno.

(*Revue de Ther. Médico-chirurgicale*, núm. 17, 1905).—F. TOLEDO.

Puntos sensibles del espinazo en relación con dolores en diversas partes del cuerpo. — El Dr. St. Clair B. Shadwell, llama la atención sobre algunos casos en los que los pacientes respectivos se quejan durante mucho tiempo de dolores en muy diversas regiones del cuerpo, bajo la forma de pleurodinia, gastrodinia, neuralgia ovárica ó neuralgia intercostal. La exploración del espinazo revela en muchos de estos casos, zonas dolorosas correspondientes á los puntos de emergencia de los nervios que se distribuyen en las regiones del cuerpo, donde radican los dolores y el tratamiento local de dichos puntos del espinazo — con embrocaciones de yodo ó con vesicantes — conduce á una curación rápida y completa. —(*Lancet*). — R. DEL VALLE.

La hidroterapia en la clorosis. — Con el objeto de comparar el valor de la hidroterapia y de los marciales en el tratamiento de la clorosis, ha empleado el Dr. Raebiger, ambos medios terapéuticos aisladamente en dos series diferentes y bastante numerosas de cloróticas.

Como procedimientos hidroterápicos empleaba tres veces á la semana baños de vapor de unos cinco minutos de duración seguidos de afusiones frías y sacudidas con toallas mojadas. En la otra serie de enfermas tomaban éstas dos píldoras de Blaud tres veces al día.

Ahora bien, en las cloróticas tratadas por medio de la hidroterapia, el aumento en la proporción de hemoglobina, fué por término medio de 3'5

por 100 mayor que en los casos tratados por medio de los preparados marciales; en cambio, en estos últimos casos se observó mayor aumento de peso.

Los síntomas generales, tales como la sensación de debilidad, los dolores de cabeza, las palpitaciones de corazón y los dolores musculares, desaparecieron con el tratamiento hidroterápico mucho más pronto que con el uso de los ferruginosos.

(*Zeitschrift für. diätet. u. physikal. Therapie*). — R. DEL VALLE.

Tratamiento abortivo de la blenorragia.—El Dr. Berg, ha modificado ligeramente el tratamiento abortivo de la blenorragia que recomienda Engelbreth. A la primera visita, se hace al enfermo una inyección de 500 centímetros cúbicos de una disolución de nitrato argéntico al 1 por 500 y á una elevación de 50 centímetros. Diez horas después, se repite la inyección y se hace una tercera pasadas doce horas, del mismo modo que la primera, pero precedidas de una inyección de 4 á 5 cent. cúb. de una disolución de eucaína ó de cocaína al 2 por 100 para calmar el dolor. Cuarenta y ocho horas después, debe volver el enfermo y si el derrame no es purulento puede considerársele como curado. Si al presentarse el paciente por vez primera, se nota inflamación ó excoriación del meato, disuria, etc., no debe emplearse este método con el que ha conseguido Berg curar las dos terceras y hasta las tres cuartas partes de sus enfermos.

(*The Therapeutic Gazette*, 15 agosto 1905).—F. TOLEDO.

Importancia de los principios extractivos de la carne para la digestión gástrica. — El Dr. Sasaki, del Japón, refirió en el último Congreso alemán de Medicina interna, que de los experimentos que ha realizado en perros estableciendo en estos animales fístulas gástricas por el método de Pawlow, y haciéndoles tomar principios extractivos de la carne poco tiempo antes de la ingestión de alimentos propiamente dichos, resulta que la mucosa gástrica preparada de ese modo segrega una cantidad mayor de jugo gástrico, de más fuerza digestiva y más ácido que no cuando se ingieren los alimentos sin dicha preparación.

(*Zentralblatt für innere Medizin*). — R. DEL VALLE.

Tratamiento de la placenta previa. — Lo primero que debe hacerse en la placenta previa, es evitar la pérdida de sangre. Pueden ocurrir varios casos:

a) Si el cuello está dilatado por completo, es necesario extraer la criatura sin pérdida de tiempo por el forceps, si la cabeza está encajada ó por la versión y la extracción si no lo está. Es condición indispensable que el cuello se halle completamente dilatado.

b) Si el cuello no permite la extracción fácil y satisfactoria, puede elegirse entre dos métodos: el de Braxton Hicks y el del colpeurynter.

El primero, cuyas maniobras describió Wright en América algunos años antes que Braxton Hicks, consiste en introducir la mano en la vagina; después se introducen dos dedos en la cavidad del útero bien á través de las membranas, en el borde de la planceta ó á través de la placenta misma

comprimiendo con la otra mano sobre el abdomen; con los dos dedos introducidos en el útero, se coge uno de los piés del feto y se saca á la vagina. La mano externa comprime sobre la cabeza del feto, en tanto que con la otra mano se tira con cuidado del pié de la criatura, hasta que las nalgas se encajan en el segmento uterino inferior y el cuello y comprimen la placenta. La criatura obra á la manera de un tapón, contiene la hemorragia y despierta los dolores del parto. El caso se abandona á la naturaleza.

Como la mortalidad infantil con este método es elevada, se ideó emplear otro que fuera últil para la madre y para el hijo y Maeurer y Dührssen, lo encontraron en el colpeurynter de Carl Brown. El colpeurynter, es una bolsa de goma de la forma de un globo. Se introduce en el útero sobre la placenta, se distiende con agua por medio de un tubo adherido á la bolsa y después se hacen tracciones sobre éste. La tracción hace que la bolsa distendida comprima la placenta contra el útero igual que las nalgas del feto en el método de Braxton Hicks. La bolsa contiene la hemorragia, despierta las contracciones uterinas y dilata el cuello. Cuando es expulsada por las contracciones del útero, se introduce la mano y se practica la versión seguida de la extracción siempre que lo permita el estado del cuello.

¿Cuál de estos métodos es preferible? Si la mujer ha perdido mucha sangre, se recurrirá al método de Braxton Hicks. En el caso contrario, se dará la preferencia al colpeurynter.

c) Si el cuello está tan cerrado que es imposible emplear el método de Braxton Hicks ó el colpeurynter, se tapona con fuerza la vagina y se espera la dilatación. En estos casos se ha propuesto la operación cesárea.

Durante el tercer período placentario, es preciso también economizar sangre. Después de extraída la placenta, se practica el amasamiento del útero y la ducha caliente intra-uterina. Si persiste la hemorragia, se practica el taponamiento vaginal con gasa y si existe una rotura del útero se cose, á ser posible, desde la vagina, ó se practica la laparotomía. Conviene combatir después la anemia por los medios adecuados.

(*Journal of. Southern Med. and Surgery*).—F. Toledo.

Tratamiento de las verrugas.— El Dr. J. Burdon Cooper, cirujano del Real Hospital Victoria de Bournemouth, recomienda contra las verrugas el uso interno del agua de cal, cuya eficacia descubrió accidentalmente. Tenía una pequeña verruga en el borde radial del pulgar refractaria á todo tratamiento. Un mes después, á causa de una ligera indisposición, necesitó tomar agua de cal durante diez días. A las dos semanas observó que la verruga había desaparecido. Ensayó este tratamiento en varios casos y en todos ellos ha obtenido un resultado sorprendente. El tiempo necesario para que desaparezcan las verrugas varía de cuatro días á seis semanas. Recomienda tomar después de la comida del medio día un cortadillo de agua de cal mezclada con un poco de leche, y no ha tenido ocasión de alterar ni la dosis, ni la época de la administración.

(*British. Med. Journal*, 26 agosto 1905). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ACCIÓN DE LOS PREPARADOS ACTIVOS DE RIÑÓN SOBRE LA DEPURACIÓN URINARIA

(OBSERVACIONES CLÍNICAS)

POR EL

DR. D. AUGUSTO PÍ SUÑER

Catedrático en la Facultad de Medicina de Sevilla.

Es un hecho ya de observación vulgar, que la administración de los preparados opoterápicos renales á enfermos agudos de riñón, con eliminación insuficiente, produce efectos diuréticos. Abundantes avenidas urinarias, después de una anuria más ó menos absoluta, se observan frecuentemente. Tanto es así, que la primera indicación á que se atendió, al introducir en la terapéutica la medicación antitóxica renal, fué la derivada de su actividad como agente diurético.

Dieulafoy, Tessier, Fränckel, Gilbert y tantos otros y recientemente Dubois, Renaud y Choupin indicaron que el uso de preparados activos de riñón es causa de poliuria compensadora de la escasez de orina que subsistiera durante el período agudo de la enfermedad renal.

Estos efectos diuréticos son, pues, universalmente reconocidos. Nosotros, en esta misma REVISTA, publicamos el año pasado tres observaciones características (1).

En un enfermo con anuria completa durante tres días, el tratamiento opoterápico (nefrina Turró) fué causa, á las dieciséis horas de comenzado, de un desprendimiento urinario de ¡2.700 gramos en una sola noche! En otra enferma con nefritis difusa aguda vimos una poliuria de 3.750 gramos. Resultados tan evidentes se observan

(1) Tres casos de agobio renal curados por la opoterapia. Julio de 1904.

con frecuencia, pues uno de los efectos más constantes de la opoterapia renal—en enfermos oligúricos—es el aumento de la actividad secretora del riñón.

Esta circunstancia precisamente fué la que hizo considerar á la medicación opoterápica renal como uno de tantos agentes diuréticos, poseedora de las mismas actividades y aplicable en idénticas condiciones que las substancias que simplemente consiguen un aumento de la acción excretora en el complejo mecanismo de las funciones renales.

La opoterapia en el riñón no produce sus buenos resultados por dar lugar á la diuresis ni tampoco ejerciendo simplemente de sustituto funcional, como los demás preparados opoterápicos: los de tiroides, el testicular ó los extractos de cápsulas suprarrenales, por ejemplo. El funcionalismo renal es en exceso complicado para que un producto de determinadas acciones químicas sea bastante á sustituir completamente el órgano enfermo. Criterio tan simplista fué precisamente la causa de que en sus primeros tiempos la opoterapia en las enfermedades de riñón, se empleara inoportunamente, y de que—como natural consecuencia—en la actualidad se discutan todavía sus efectos. El preparado opoterápico no sustituye toda la actividad renal; se limita á ayudar á ésta por el poder antitóxico de que está dotado.

Estas ideas que ya sustentamos en la Academia y Laboratorio de Ciencias médicas de Cataluña, en 1902, han sido posteriormente emitidas por Renaud en su conocida Comunicación á la Academia de Medicina de París (1903).

Por esta antitoxia que no es más que la primera fase de la función depuradora, se explican perfectamente los fenómenos clínicos indicados. La anuria, cuando el riñón está funcionalmente agobiado, es principalmente de origen tóxico; el preparado opoterápico realiza la desintoxicación y aparece—como es consiguiente—la poliuria, propia de la concentración hemática que previamente se estableciera. Este mecanismo es el que origina la acción diurética del preparado opoterápico.

En cambio—y por ello afirmamos en nuestro ya citado trabajo, que la nefrina obra á la manera de un diurético consciente, provocando la diuresis sólo cuando ésta es necesaria—en los casos en que existe poliuria por deficiencia funcional del riñón, la opoterapia reduce la cantidad de orina eliminada. Este fenómeno encuentra también explicación muy sencilla; dicha poliuria es el re-

sultado de la necesidad de diluir substancias de difícil elaboración renal por la meiopragia glandular existente.

Pasan por el glomérulo y aun á través de los conductos contorneados y asa de Henle, grandes cantidades de agua que deben arrastrar productos de perezosa transformación y así las orinas resultan abundantes y de densidad escasa. Con la medicación específicamente antitóxica se consigue con frecuencia—mientras el riñón se encuentre todavía en aptitud suficiente de reaccionar—una disminución notable de la cantidad de orina.

Cabe afirmar—ya por esta sola observación—que los efectos diuréticos de los preparados opoterápicos son condicionales, contingentes del estado de los riñones. En individuos sanos, el extracto de riñón no ejerce influencia alguna sobre la depuración urinaria.

Precisa, pues, no guiarse únicamente por las observaciones acerca de la diuresis total para decidir la acción que la opoterapia ejerza sobre el poder secretor de las glándulas renales. Es necesario resolver si, en efecto, la medicación opoterápica favorece la depuración, y en este sentido hemos orientado nuestras investigaciones clínicas.

En estos estudios nos hemos servido de la determinación de la fórmula

$$\sqrt{(\Delta - \delta)}$$

propuesta ya por nosotros en un trabajo anterior (1). $\sqrt{}$ representa el volumen de orina en veinticuatro horas; Δ el punto de congelación de la orina y δ el correspondiente al NaCl eliminado. Esta fórmula nos da el coeficiente de elaboración urinaria, pues representa en números absolutos la actividad glandular de los epitelios. El valor de $\sqrt{(\Delta - \delta)}$ oscila en las depuraciones normales entre 125 y 175.

En las observaciones que publicamos, hemos indagado también—para mayor documentación de los casos—la tasa de urea y la densidad de las orinas.

El resumen de nuestras observaciones en enfermos de muy diversa índole, la mayor parte procedente de la Clínica médica de la Facultad de Medicina de Barcelona—á cargo de mi ilustrado compañero el Dr. González Prats—es el que sigue (2):

(1) Un método práctico de crioscopia urinaria. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas.*—Tomo XIII, pág. 890. Madrid, 1905.
—*Revista de Farmacia*, Barcelona, mayo de 1905.

(2) La letra E indica los días en que se administró la nefrina.

NÚM. 1. — NEFRITIS EPITELIAL. — INSUFICIENCIA AÓRTICA.

Día.	Densidad.	Urea.	NaCl.	Δ	δ	√	Coeficiente.
18	1013	15,3	4,4	—0,84	—0,25	1200	71
20	1012	13,4	4,9	—0,72	—0,28	1150	50
22 E	1010	12,4	5,1	—0,70	—0,29	1200	49
24 E	1010	10,0	4,3	—0,80	—0,25	1300	71
26 E	1012	13,6	4,6	—0,79	—0,26	1600	85
28	1012	11,4	3,4	—0,75	—0,19	1700	95
30	1011	14,8	5,2	—0,72	—0,30	1400	59
1	1013	9,6	4,2	—0.69	—0,24	1200	54
3	1011	12,4	4,5	—0,72	—0,26	1250	69
5	1012	14,6	4,1	—0,71	—0,23	1150	72
7	1012	15,3	4,1	—0,76	—0,23	1150	61
9	1012	14,8	5,8	—0,76	—0,33	1300	56
11 E	1011	13,9	5,5	—0,75	—0,32	1000	43
13 E	1012	15,8	5,8	—0,78	—0,33	1900	85
15 E	1011	17,0	5,3	—0,81	—0,31	1800	90
17	1012	17,8	6,0	—0,73	—0,35	1350	60
19	1010	13,9	4,0	—0,75	—0,23	1000	52

Término medio de depuración sin la nefrina..... **57,8**
Coeficiente medio los días en que ejerció influencia la opoterapia..... **80,3**

NÚM. 2. — NEFRITIS DIFUSA AGUDA.

Día.	Densidad.	Urea.	NaCl.	Δ	δ	√	Coeficiente.
10	1025	9,4	4,3	—1,05	—0,24	300	24
11	1027	12,8	6,8	—1,18	—0,39	350	27
12 E	1025	10,6	8,8	—0,93	—0,51	400	16
13 E	1022	19,0	6,2	—0,86	—0,35	1200	61
14 E	1020	16,2	5,9	—1,48	—0,34	1600	182
15 E	1018	18,3	7,2	—1,64	—0,42	1100	134
16 E	1017	15,4	6,5	—1,72	—0,37	1100	148
17 E	1017	13,2	6,3	—1,82	—0,36	1000	140
18 E	1015	18,5	5,9	—1,70	—0,34	1000	136
19 E	1017	19,4	5,5	—1,86	—0,31	900	132
20 E	1019	20,0	6,1	—1,90	—0,35	1000	155
21 E	1018	14,5	6,3	—1,40	—0,36	1200	124
22 E	1018	16,4	5,7	—1,43	—0,33	1000	110
23 E	1020	13,8	4,8	—1,36	—0,27	1300	141
24 E	1022	18,1	4,6	—1,28	—0,26	1100	112
25 E	1018	18,3	4,8	—1,75	—0,27	1000	148
26 E	1018	17,7	5,6	—1,56	—0,32	1200	148
27 E	1020	16,9	5,2	—1,51	—0,30	1100	143

NÚM. 8. — NEFRITIS MIXTA CRÓNICA.

Dia.	Densidad.	Urea.	NaCl.	Δ	δ	V	Coeficiente.
8	1009	6,32	4,7	—0,53	—0,17	2000	72
10	1009	7,24	4,5	—0,60	—0,26	2300	78
12	1009	11,8	4,3	—0,66	—0,25	2150	88
14 E	1009	8,9	3,5	—0,62	—0,20	2200	88
16 E	1010	10,5	4,0	—0,73	—0,23	2500	**125**
18 E	1009	11,8	3,5	—0,72	—0,20	2200	**119**
20 E	1010	10,6	3,9	—0,79	—0,22	2300	**131**

NÚM. 6. — AMILOSIS RENAL.

Dia.	Densidad.	Urea.	NaCl.	Δ	δ	V	Coeficiente.
9	1006	8,3	3,2	—0,35	—0,18	700	12
11 E	1009	7,6	3,5	—0,46	—0,20	930	21
13 E	1007	8,9	5,9	—0,47	—0,34	950	12
15 E	1009	10,4	6,8	—0,65	—0,39	980	**23**
17 E	1007	11,2	6,7	—0,85	—0,38	1050	**50**
19 E	1008	12,4	6,0	—0,78	—0,35	1000	**43**
21 E	1009	11,6	5,2	—0,86	—0,30	750	**42**

Coeficiente medio antes del tratamiento..... **15,0**
Después de la medicación opoterápica..... **38,8**

En este caso la depuración obtenida fué escasa por la lesión irreparable del riñón, falto de reaccionabilidad. La enferma murió rápidamente. Sin embargo, los efectos del extracto renal fueron ostensibles.

NÚM. 7.—PIELONEFRITIS POR INFECCIÓN ASCENDENTE.

Dia.	Densidad.	Urea.	NaCl.	Δ	δ	√	Coeficiente.
2	1012	16,8	8,5	—0,98	—0,49	2000	88
4	1013	16,6	7,4	—0,84	—0,43	2000	82
6	1012	12,4	6,9	—0,88	—0,40	2050	120
8	1012	14,3	5,8	—0,78	—0,33	2030	112
10 E	1014	18,6	5,6	—0,62	—0,27	2100	84
12 E	1015	19,9	6,2	—0,84	—0,34	2100	**105**
14 E	1012	21,4	6,9	—0,91	—0,38	2200	**152**
16 E	1014	19,7	5,9	—0,90	—0,34	2000	**128**
18	1013	20,3	6,7	—0,99	—0,39	2050	**150**
20	1013	19,2	6,7	—0,86	—0,39	2000	**114**
14	1011	18,5	7,0	—0,75	—0,40	2100	73
16 E	1013	14,2	8,8	—0,92	—0,51	2000	82
18 E	1014	13,6	9,8	—0,96	—0,56	2400	**101**
20 E	1012	16,4	8,4	—0,91	—0,52	2100	**81**
22 E	1012	16,6	8,1	—0,92	—0,53	2000	**78**

Coeficiente medio antes del tratamiento..... 94,3
— durante el tratamiento..... 116,4

NÚM. 8.—NEFRITIS EPITELIAL CRÓNICA.

Dia.	Densidad.	Urea.	NaCl.	Δ	δ	√	Coeficiente.
27 Sept.	1012	14,6	5,1	—0,78	—0,29	1800	88
29	1009	14,3	5,4	—0,71	—0,31	1500	60
31	1012	12,9	5,9	—0,80	—0,34	1700	68
2 E	1012	14,0	6,4	—0,93	—0,37	1300	73
4 E	1013	13,7	4,9	—0,78	—0,29	1500	73
6 E	1010	15,6	5,2	—0,91	—0,30	1600	**97**
8 E	1012	17,2	6,4	—1,18	—0,37	2100	**180**
10 E	1010	16,6	6,6	—1,20	—0,38	2250	**184**
12	1012	18,4	6,3	—1,10	—0,36	2050	**151**
8 Nbre.	1012	16,8	6,5	—0,80	—0,38	1900	79
10 E	1013	19,8	5,4	—1,06	—0,31	1750	**131**
12 E	1009	16,5	3,8	—0,70	—0,48	2000	**96**

NÚM. 11. — NEFRITIS DIFUSA AGUDA.

Dia.	Densidad.	Urea.	NaCl.	Δ	δ	V	Coeficiente.
25	1008	6,8	3,2	—0,30	—0,18	1700	20
26 E	1008	8,4	4,8	—0,50	—0,27	1750	40
27 E	1009	7,2	5,6	—0,61	—0,31	1700	51
28 E	1008	5,5	5,0	—0,43	—0,29	1800	43
29 E	1010	15,3	14,2	—1,18	—0,83	2000	70
30 E	1011	14,2	10,6	—1,30	—0,60	2000	140
31 E	1011	13,6	11,6	—1,25	—0,67	1300	110
1 E	1010	12,8	10,3	—1,18	—0,59	1300	75
3 E	1012	10,4	14,0	—1,22	—0,41	1500	91
5 E	1011	11,6	12,8	—1,20	—0,59	1600	97

NÚM. 15. — NEFRITIS INTERSTICIAL EN EL PERÍODO DE GRAVE INSUFICIENCIA. CIRROSIS HEPÁTICA. — ARTERIOESCLEROSIS.

Dia.	Densidad.	Urea.	NaCl.	Δ	δ	V	Coeficiente.
18	1010	9,9	5,8	—0,56	—0,33	600	13
19	1012	9,2	4,6	—0,51	—0,26	550	13
20 E	1012	7,5	4,6	—0,48	—0,26	680	14
21 E	1011	8,0	4,3	—0,53	—0,24	600	17
22 E	1010	9,1	4,5	—0,61	—0,25	580	20
23 E	1009	9,8	4,9	—0,65	—0,28	610	22
24 E	1009	8,6	5,2	—0,59	—0,30	650	18
25 E	1011	8,8	4,2	—0,66	—0,24	650	27
26 E	1010	7,6	4,5	—0,62	—0,25	750	27
27 E	1009	9,1	5,0	—0,50	—0,29	850	17
28 E	1014	10,3	4,3	—0,59	—0,24	610	21
29 E	1015	10,1	4,2	—0,65	—0,24	580	23
30 E	1010	9,5	4,2	—0,58	—0,24	650	21
31 E	1008	9,3	3,9	—0,46	—0,22	800	19

Media antes del tratamiento..... 13,3
— durante el tratamiento..... 21,0

NÚM. 19. — NEFRITIS INTERSTICIAL EN BUENA COMPENSACIÓN.

Dia.	Densidad.	Urea.	NaCl.	Δ	δ	√	Coeficiente.
11	1004	6,4	6,75	—0,82	—0,39	2100	111
13	1009	9,4	6,26	—0,98	—0,36	2300	142
15 E	1007	7,6	6,80	—0,96	—0,39	2500	142
17 E	1006	9,0	6,20	—0,92	—0,36	2400	**134**
19 E	1009	8,8	6,50	—1,09	—0,38	2600	**184**
21 E	1011	10,4	7,10	—1,14	—0,41	2600	**189**
23 E	1008	9,6	6,8	—1,20	—0,39	2600	**210**

Coeficiente medio antes del tratamiento..... 131,6
Media durante el tratamiento..... 179,2

En todos estos casos se observa la acción más ó menos eficaz, pero siempre evidente del extracto renal. Las reacciones, sin embargo, no se desarrollan en cada uno de los enfermos de manera igualmente intensa. Compárese el efecto brillante obtenido en el caso núm. 2, en el cual se consiguió rápida y definitivamente la tasa propia de la depuración fisiológica, con el resultado del tratamiento en la amilosis renal (núm. 6) que no obtuvo más que una elaboración, aunque aumentada respecto de lo que fuera antes, muy deficiente, é inútil para lograr la desintoxicación del organismo enfermo. Hay casos de nefritis intersticiales en los que no se alcanza beneficio alguno de la opoterapia y esto se explica, porque en tales circunstancias ya no es el riñón más que un órgano fibroso por el que filtra el plasma sin experimentar apenas transformación alguna.

En cambio, en las insuficiencias agudas, cuando los epitelios conservan todavía íntegra su reaccionabilidad, se obtienen éxitos decisivos, y bien se comprende que así sea, pues un elemento anatómico en buenas condiciones de vida ha de responder siempre mejor al refuerzo antitóxico que el que está ya en degeneración avanzada. Esta es la causa de que las indicaciones de la opoterapia se encuentren principalmente — como afirmamos en nuestro citado trabajo — en los agobios por intoxicación urémica con embargo renal.

Otra enseñanza que deriva de nuestras observaciones es que, siendo constante el aumento de la depuracion, en muchos casos no se observa avenida diurética, y en otros, en cambio, el punto crioscópico apenas se modifica. Ello demuestra que la fórmula utilizada es la que mejor nos indica la actividad integral de los elementos glandulares y que, como hemos ya indicado, la diuresis es un fenómeno

acondicionado por el proceso de elaboración que no se presenta como efecto inmediato y seguro de la medicación opoterápica, aun en los casos en que ésta se halla perfectamente indicada. La eliminación de la urea y del cloruro sódico y las variaciones de la densidad, dicen también poco acerca del estado de la actividad epitelial en los riñones. Tanto la proporción de los productos eliminados como la densidad, suelen crecer al abrirse el riñón, pero los números varían caprichosamente y distan mucho de constituir una indicación precisa del trabajo glandular.

Es, pues, necesario para concluir si en un enfermo producirá buenos resultados la opoterapia, completar la regla por nosotros establecida sobre datos clínicos exclusivamente de que «si á los siete ú ocho días no se observa resultado alguno de dicha medicación, insistir es inútil» con una observación metódica de las variaciones de $\sqrt{(\Delta-\delta)}$. De esta investigación obtendremos en cuatro ó cinco días, y con precisión mayor, una respuesta que la simple observación del enfermo nos daría más vaga y premiosamente.

CEGUERA INSTANTÁNEA DE NATURALEZA HISTÉRICA

POR

D. PABLO LUENGO

Médico en Navalmoral de la Mata (Cáceres).

En el número de esta REVISTA, correspondiente al 7 de marzo del corriente año, el distinguido oculista Dr. García Mansilla hace referencia de un caso de amaurosis histérica, total y bilateral, publicado por el Dr. Le Roux, de Caen; dice el Dr. Mansilla que esta observación es interesante porque la ceguera histérica es una afección sumamente rara, no pasando de 35 los descritos hasta ahora; yo me permito agregar á la indicada cifra el siguiente caso clínico, no desprovisto en mi opinión de interés científico.

El día 6 de abril de 1903, y próximamente á las cinco de la tarde, hallándose la joven X. cosiendo, perdió sin causa alguna ostensible súbitamente la visión; tan instantánea desaparición del sentido luminoso fué precedida de leve aura que, tomando como punto de partida el epigastrio y ascendiendo á lo largo de la región retro-

decirse que su mentalidad llega á la línea media femenina, y si bien las determinaciones volitivas acusan debilidad, no es por escasez del intelecto, sino por la paresia de las neuronas, donde se verifica la misteriosa metamorfosis, la transformación del pensamiento en acción, de la idea en acto; en una palabra, la joven X. es una abúlica, reflejándose en su semblante y revelando en sus gestos y aptitudes, inequívocas señales de depresión psíquica, cual si fuera víctima de alguna idea fija, de alguna obsesión, que como ocurre en los frenálgidos, convierten al individuo en perpétuo juguete de concepciones patológicas, que sin saber por qué ni cómo, se han entronizado en la vida anímica, pero que dan por resultado la más positiva desarmonía del paralelismo psicofísico y la supremacía de la materia sobre el espíritu, dando, al parecer, la razón á los que comulgan en las ideas filosóficas del más *enragé* determinismo orgánico.

He dicho que en su historia no existen antecedentes patológicos propios, y sobre todo nada que pueda relacionarse con las múltiples manifestaciones de la histeria, y sin embargo, en el curso de la vida de nuestra enferma existe un episodio con caracter acentuadamente dramático y por sí solo suficiente para sospechar que en la joven X. existía por lo menos un fondo neurósico, acaso primera manifestación psicológica de una degeneración mental; la enferma, á los catorce años, y tomando como causa eficiente motivos personales que tanto conmueven la vida afectiva, y el sentido emotivo de la mujer, intentó suicidarse disparándose un tiro en la región precordial, llevando aún en la actualidad incrustada en sus entrañas la bala, á la cual confiara la destrucción del propio ser.

El reconocimiento minucioso de la enferma arrojó algunos datos positivos que revelaban cómo la histeria era el factor responsable de la ceguera; en efecto, claramente pudimos apreciar la existencia de una zona hiperestésica en la región ovárica, anestesia total de la faringe é hipoestesia del lado derecho; y en cuanto á las facultades anímicas, independientemente de las ideas fijas y de las concepciones patológicas que cautelosamente cultivaba la enferma, en su fuero interno, pero que el sonambulismo se encargaba en revelar, daban como resultantes en las manifestaciones prácticas de la vida la existencia de los estigmas psíquicos que tanta importancia tiene en el diagnóstico de la gran neurosis, la reducción del campo de la conciencia y de la percepción cerebral, y como consecuencia, los dos elementos más subjetivos del sentido íntimo, la voluntad y los

sentimientos, tomaban escasa participación en el rumbo y dirección de la vida anímica por el predominio sobre ésta de lo subconsciente de cuyo automático fondo tomaba sus elementos constructivos la imaginación, arrollando en sus delirantes y absurdas concepciones, los elementos reflexivos que, aunque de periferia nebulosa, constituyen lo que se llama un ser razonable, y es que en el fondo las manifestaciones anímicas de la mujer histérica revelan la anarquía de un cerebro, condenado á no marchar nunca al unísono con el ritmo de la vida.

La marcha y terminación favorable de la ceguera confirmaron su caracter histeriforme; la curación, que no puede atribuirse á tratamiento determinado, se verificó á los diez días con la misma rapidez y en igual forma que se presentara, confirmando en un todo con esto la opinión de Kerney, citada por el Dr. Mansilla, de que si la ceguera se ha establecido bruscamente, desaparece también de un modo brusco; hasta la fecha, la agudeza visual y la percepción de los colores, se conservan con integridad, no siéndome posible afirmar si existe disminución del campo visual.

En los diez días que la enferma estuvo sumergida en las tinieblas, sufrió una serie de ataques sonambúlicos, ó como dice Frank, de somniación por todos extremos curiosos y notables y durante los cuales la joven X. cantaba, lloraba, reía, etc., etc., con la misma naturalidad que lo hacía en estado de vigilia: el acceso empezaba á las nueve de la noche con un dolor fijo en la región precordial, sensación de abatimiento, cefalalgia, llegando paulatinamente á perder toda relación con el mundo exterior, quedando dormida y al parecer en sueño hipnótico por espacio de cuatro ó seis horas, y en este tiempo el automatismo cerebral libre de los centros frenadores, dejaba brotar á raudales todos los hechos y sucesos ya nimios ó de mportancia que formaban la trama de su vida, con tal minuciosidad y exactitud en los detalles, y con tal colorido en la descripción, que sin hipérbole podemos afirmar que era fonógrafo y cinematógrafo á la par, real y palpitante; los recuerdos de la infancia, los episodios de la juventud, la lucha de un espíritu, continuamente agitado por incertidumbres y temores, etc., etc., todo en fin lo que había impresionado su cerebro y conmovido su corazón, lo relataba ya con el lenguaje gráfico de la conversación familiar, ya con el tono y la expresión de una lipemaníaca, y, en ocasiones, su cuerpo tomaba aptitudes de una iluminada: una noche, refiere con todos sus detalles la escena del suicidio; otra, recita desde el principio al

fin un drama que no hacía mucho había visto representar, con la particularidad que imitaba perfectamente á los actores en los diversos tonos de la declamación, y, por último, se dió el caso paradógico de una ciega que veía y que por el tacto conocía cuantos objetos tocaba.

Todo cuanto se diga y escriba respecto al histerismo, resulta pálido ante la realidad; sólo el médico puede formar juicio aproximado de ese Proteo que tantos trastornos causa en el orden individual y colectivo, y contra el cual sólo podemos oponer con relativo resultado, una buena educación, un medio adecuado y una sólida instrucción, condiciones necesarias para que la histérica se comporte como un ser equilibrado y razonable en lo que cabe, teniendo en cuenta la continua hiperestesia y el perpétuo eretismo de que es víctima el cerebro degenerado de la mujer afectada de la gran neurosis, de esa perpétua esclava de la herencia neuropática, que sin culpa alguna condensa en su organismo desviaciones biológicas de sus antepasados y que ella á su vez transformara y legara bajo múltiples manifestaciones psicopáticas, con la agravante de acelerar su ritmo evolutivo y de imprimirlas una dirección de trayectoría imposible de fijar y prever, ya que el histerismo es como mar sin orilla, donde tienen representación, más ó menos transitoriamente, todas las especies frenopáticas y todos los cuadros nosológicos de la Patología: razón tenía el presbita sublime, el gran Letamendi, al calificar á la infeliz histérica como lo más desaforado y loco de la grey clínica.

BIBLIOGRAFIA

POR

DON EMILIO ALVARADO

Doctor en Medicina (Valladolid).

Tratado elemental de Oftalmología, por el Dr. D. Sinforiano García Mansilla. Madrid, 1905.

La obra del Dr. Mansilla es el producto de una práctica larga en una consulta numerosísima. Desde las primeras páginas se nota la tendencia á exponer únicamente los conocimientos en aplicación, prescindiendo de todo cuanto puede sobrecargar la atención del lec-

tor sin provecho indiscutible para el clínico. A veces esta tendencia sana llega hasta un límite quizá excesivo, como sucede, por ejemplo, en la histología de la retina, donde se notan omisiones de importancia, tanto mayores cuanto que se trata de ideas, por decirlo así, nacionales. Lo mismo puede decirse de las teorías de la acomodación, origen embrionario de los tejidos que forman el globo, anatomía pericristaliniana y de otros puntos de anatomía y fisiología.

En la sección de óptica fisiológica expone de una manera brillante y sencillísima los conocimientos necesarios para hacer sin dificultades el estudio de la refracción. Es éste un gran mérito, porque dada nuestra escasez de conocimientos en las ciencias matemáticas, es para nosotros un escollo difícil de sortear la resolución de ecuaciones, sintiéndonos naturalmente impelidos á prescindir de la sección teórica, interesándonos sólo la parte clínica de las ametropías.

El mismo buen sentido preside la redacción del capítulo «Exploración del aparato de la visión». Descripción de aparatos, exposición de las teorías en que se fundan, su aplicación al diagnóstico, todo va encaminado al fin práctico.

La parte cuarta forma, por decirlo así, el cuerpo principal de la obra, ocupándose de la patología ocular.

El orden de exposición no nos parece muy didáctico, porque aun acabando de adquirir los datos de óptica fisiológica necesarios, no es esta sección la más á propósito para ganar la atención del alumno, por las dificultanes que ofrece su estudio. La inmediata (afecciones de los párpados) es materia mucho más comprensible para quien tiene ya conocimiento de los procesos morbosos comunes por la patología general.

Describe las afecciones con arreglo al plan clásico, conservando en todas ellas el criterio ecléctico que, sin convertir sus descripciones en artículo de periódico al día, le permite hacer concesiones razonables á la tendencia etiológica moderna.

Para las conjuntivitis catarrales y purulentas se muestra partidario del nitrato argéntico, aunque menciona las ventajas que en ciertos casos pueden tener el protargol, argirol, etc. Define la granulación muy cuerdamente como *una masa subepitelial, verdadera neoplasia bacteriana, que tiene como agente causal los cocos mencionados ú otros todavía desconocidos*. En el mismo capítulo afirma un hecho, para nosotros evidente, pero negado por otros: la escasa ó nula influencia de la altitud (por lo que á España se refiere) sobre el

desarrollo y contagiosidad de la granulación. En el punto importantísimo del tratamiento de ésta, hace uso de la dilatada experiencia que le ha proporcionado su clínica del Hospicio Provincial de Madrid. Esta práctica especial influye mucho en su criterio para mostrarse partidario de procedimientos quirúrgicos, que, sin que deban ser rechazados en absoluto, tienen, á nuestro juicio, indicaciones limitadísimas por el enorme traumatismo que se produce en la mucosa y las consecuencias lejanas que irremediablemente se presentan.

Otro capítulo interesante por la sinceridad, buen juicio con que se aprecia el valor terapéutico de los medios empleados, es el del tratamiento de la dacriocistitis crónica. Unicamente disentimos del autor en dos detalles: la incisión del punto lagrimal y el empleo de sondas gruesas. Cierto que es menos penoso para el paciente seccionarle el esfínter que vencer diariamente su resistencia hasta conseguir la dilatación necesaria para el paso fácil de la sonda; pero aparte de ser una mutilación (puesto que inutilizamos un esfínter que sin duda tiene su función), no consideramos indispensable su sección para el uso de sondas del 1, 2 y 3, únicas que empleamos, porque pasando de este número hay muchas probabilidades de producir á la larga la obliteración completa del conductillo lagrimal por retracción cicatricial. Con frecuencia hemos tenido que utilizar el conductillo lagrimal superior en pacientes tratados tiempo atrás con sondas de grueso calibre, que habían pasado sin dificultad al fin del primer tratamiento.

De los dos medicamentos más en voga en estos últimos años, la adrenalina y la dionina, se ocupa el autor del primero únicamente como auxiliar de otras medicaciones, y en cuanto al segundo, no recordamos que le mencione. Sus virtudes medicinales están muy lejos de llegar á donde prometían los primeros trabajos que de ella se escribieron, pero, sin embargo, merece ensayarse como analgésico en las iridociclitis rebeldes y como derivativo en ciertas afecciones del tractus uveal.

En el capítulo de la catarata, es muy de notar la sincera estadística con que termina.

Lástima que falte en esta obra una sección tan importante como la «Oftalmología legal». Es hoy de toda necesidad exponer lo referente á accidentes del trabajo, y no hubiera estado de más conocer la opinión de persona tan autorizada como el Dr. Mansilla sobre los límites racionales de las exenciones del servicio militar por defecto

de la vista, porque actualmente la redacción de los artículos que á esto hacen referencia, es inadmisible por demasiado vaga.

Como tenemos la creencia de que el libro del Dr. Mansilla ha de ser el Tratado clásico español, esperamos que en ediciones sucesivas subsane estas deficiencias.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 7 de Junio de 1905.

Envoltura higiénica para recién nacidos. — El Dr. Soriano: Voy á tener el gusto de presentar á la Sociedad Ginecológica una niña que viene vestida con las galas de un traje premiado por la Sociedad Española de Higiene. Si yo apadrino su presentación en esta Academia, lo hago en muy buena compañía, puesto que su madrina es nuestra querida consocia la doctora señorita Aleixandre, toda vez que fué designada para constituir el Jurado que nombró la Sociedad de Higiene en el certamen de envolturas higiénicas, premio instituído por el Dr. D. Manuel Tolosa Latour.

Entre las varias que al concurso se presentaron, la premiada fué ésta, cuyas autora y confeccionadora son la Sra. Astolfi de Sanz-Blanco y la señora Sigüenza de Comba.

El objeto de esta envoltura higiénica para recién nacidos es simplificar y facilitar la vestidura de los mismos por la comodidad y condiciones higiénicas que reune, debidas á la especial disposición, hechura y colocación de las piezas de que consta, sin que el niño sufra compresiones ni ligaduras, permitiendo una gran libertad en sus movimientos y pudiéndole mudar y limpiar cuantas veces se ocurran sin necesidad de desnudarle por completo, evitando así los enfriamientos.

Reune, pues, las condiciones esenciales de una vestidura de este género: holgura, ligereza y sencillez, lo cual permite que pueda colocarse por la persona menos versada en estos asuntos.

Las piezas de que consta son las siguientes:

1.ª *Camisita*, en la que se han suprimido los botones para evitar que lastimen al niño al estar en contacto con su cuerpo, bastando cruzarla por detrás para que se sujete.

2.ª *Cuerpecito* de franela sin mangas, para mayor libertad de movimientos en los brazos. Lo mismo que la camisa, se cruza por la espalda, quedando sujetas ambas prendas con la siguiente.

3.ª *Jubón* con mangas. Es de muy fácil y cómoda colocación, por no tener necesidad de otra cosa más que cruzar las lengüetas después de introducida la derecha por el gran ojal ó hendidura que tiene el jubón y abrocharlas

delante en el único botón que lleva una de ellas. Lleva, además, cuatro botones, que sirven para la sujeción del pañal, desterrando de este modo el uso de la antigua y perniciosa faja, que debe desaparecer por completo, fundándonos en muchas razones, siendo las más principales el oprimir exageradamente el cuerpo del niño, lo cual dificulta de modo extraordinario la respiración é imposibilita sus movimientos, tan instintivos como necesarios para su salud: esto se ve siempre que se desfaja al niño para vestirle ó mudarle por la expansión de alegría y contento que demuestra. Además, siempre que el niño se ensucia hay que desnudarle por completo, cosa que no sucede suprimiendo la faja. Es evidente que ésta ó se aprieta para que cumpla su principal papel, que es el servir de sujeción al resto de la ropa, ó se deja floja, en cuyo caso no sirve para nada.

4.ª *Pañal.* Su parte de arriba va recogida en una cintura, en la que lleva unos ojales, que se abrochan en los botones correspondientes colocados en el jubón. La colocación de este pañal és completamente distinta de la de los usados hasta ahora. Una vez sujeto por la cintura del jubón, se rodean por separado las piernas del niño con cada orilla, y después de hecho esto, se recoge, doblando lo sobrante hacia arriba, para abrochar los dos ojales que tiene en la parte de abajo en los botones laterales de dicho jubón, que son los mismos que han servido para sujetar la cintura, viniendo á quedar de este modo convertido en una especie de pantalón muy holgado, que aisla las piernecitas y evita que cuando el niño se ensucie se manchen las demás prendas.

Las ventajas de esta especial disposición consisten: 1.ª, en la gran facilidad para mudarse, cuando se ensucie, sin tener que desnudar al niño por completo, como sucede hoy día; 2.ª, la completa libertad en los movimientos de las piernas, á pesar de estar éstas rodeadas por el pañal y aisladas una de otra; y 3.ª, ser una pieza de tan fácil limpieza y lavado como el antiguo pañal.

5.ª *Mantillas* cortas. Sirven para empapar la orina, por lo cual son de franela, muletón ú otra tela absorbente. Van sujetas al forro de la cintura de la mantilla con hombreras por cuatro ojales, que permiten se cambien ó renueven con facilidad.

6.ª *Mantillas con hombreras.* Esta cierra por delante con unos botones, evitando el tener que echarlos hacia la cabeza cuando se haya de mudar el pañal. Lleva, además, dos botones para sujetar las hombreras y al mismo tiempo las cintas del gorrito si se estimase necesario.

7.ª *Gorrito.* En éste se ha modificado el modo de sujetarle, colocando en vez de las cintas atadas debajo de la barba, dos tiras de tela con ojales, que permiten abrocharlos en los botones de las hombreras después de cruzarlas de derecha á izquierda y viceversa.

A estas prendas puede añadirse si se quiere unos zapatitos de punto, franela, etc., para cuando el niño sea mayor.

En la confección de estas prendas puede variar la clase y abrigo de las telas, según las diferentes condiciones de clima, estación, etc., distintas en muchos casos.

Aunque en los primeros días después del nacimiento sea necesario el uso de los ombligueros, éstos no deben figurar como prenda de una canastilla

de recién nacido, adicionados, según se acostumbra, de sus correspondientes fajas, sino que todo esto debe ser ventajosamente sustituído por un pedacito de gasa esterilizada sujeta con unas vueltas de venda de la misma gasa.

El Sr. *Presidente* felicita á las señoras autoras de este modelo de envoltura tan sencilla é higiénica, y agradece su atención al dar cuenta de ella á la Sociedad Ginecológica.

Observaciones clínicas de una epidemia de sarampión. — El Dr. *Sarabia* interviene en la discusión iniciada por el Dr. Benitez acerca de la epidemia de sarampión actual, porque cree que todo clínico debe aportar su observación respecto de una enfermedad que, como en ésta, es por hoy desconocida su causa, muy variable su tratamiento y de las que más mortalidad produce por sus complicaciones, trastornos y por sus reliquias.

Señala un valor muy relativo á los signos de Koplit, Bolognini, D'Espine, etc., pues no pueden conceptuarse como patognomónicos para diagnosticar con seguridad un sarampión antes de sus típicos síntomas.

Da cuenta de sus observaciones en ésta y en otras epidemias, y se ocupa de varios casos clínicos demostrativos de formas anómalas de sarampión y de sus complicaciones.

Describe el sarampión sin fiebre, cuya anomalía clínica admite, y presenta casos de su observación; los casos de gran reacción febril y difícil brote; las formas tóxica é hipertóxica; las asociaciones con la varicela, difteria, etc.; las complicaciones gastro-intestinales. Pasa luego á ocuparse de la defensa de la existencia de un erup sarampionoso con caso clínico demostrativo, y discute las opiniones de Roux, Yersin, Weit, Henoch y otros, para declararse partidario de las ideas de Concetti respecto de este asunto.

Respecto de la malignidad familiar, piensa que más que de la virulencia del agente causante del sarampión, depende del grado de resistencia orgánica del atacado, demostrando con casos de su observación la posibilidad de ser cierta esta opinión clínica.

Da cuenta de las reliquias observadas en sus múltiples formas, y niega en absoluto que las recaídas y recidivas, tan creídas por algunos, con verdadero sarampión por la facilidad con que se confunden á veces estas erupciones con otras dependientes de eliminaciones de toxinas intestinales por la piel.

Se ocupa del tratamiento, que por hoy es puramente sintomático, pues se desconoce el verdadero agente etiológico, y pasa á decir su opinión respecto de la acción de la *luz roja*. No está, dice, hasta la fecha definida, pues de sus observaciones y de las que presentan otros clínicos, deduce divergencia de opiniones, en cuanto que no se ha observado con bases fijas de experimentación. Alude á la observación de este procedimiento terapéutico llevado á efecto por el español Jorge Soriano en 1575, á los estudios de Bockman en 1900, á los experimentos de Finsen respecto de la acción de los rayos rojos y los ultravioletas, y si alguna acción definida tiene, se la explica con arreglo á la opinión de Chatinier, sospechando que la acción de la luz roja consiste en activar las funciones orgánicas, despertando así la defensa contra la infección, y sospechando si por otra parte tiene acción

bactericida. Es preciso, pues, para formar juicio clínico, observar en condiciones análogas á varios enfermos y aplicar la acción de la luz roja con toda perfección. Los efectos satisfactorios de que algunos hablan, ¿dependen de la acción terapéutica fototerápica ó de la naturaleza é intensidad de la infección, maligna en unos, benigna en otros enfermos? La cuestión, á su juicio, está aún sin resolver, y merece una revisión de estudio clínico exacto y de aplicación terapéutica bien ordenada.

Operación de Porro. — El Dr. *García de Arias* comienza manifestando que no contestará en esta sesión al Dr. Parache, y hasta se cree relevado de hacerlo, puesto que este señor ha llevado la cuestión fuera de lugar, porque, como muy bien saben todos los señores socios, el tema sobre que versaban los debates era la infección puerperal localizada al útero.

Trató, después de las indicaciones de la histerectomía en la septicemia puerperal aguda y dijo: que tanto los partidarios como los adversarios de este modo de tratamiento, están acordes en las siguientes conclusiones: 1.ª, la histerectomía aplicada al tratamiento de la infección puerperal aguda no puede ser, actualmente, considerada como resuelta; tan ilógico sería proponer esta intervención en todos los casos graves, como eliminarla de una manera sistemática; 2.ª, que es casi imposible precisar la indicación y oportunidad de este tratamiento quirúrgico; 3.ª, que antes de decidirse á recurrir á esta operación, es indispensable un estudio clínico lo más completo que nos sea permitido: exploración bimanual, bajo anestesia, del estado del útero, anejos, parametrio y peritoneo; examen bacteriológico de los loquios; ídem histológico de la mucosa uterina; análisis citológico de la sangre (que es el que suministra los datos más exactos acerca del pronóstico de la intervención); investigación espectroscópica para averiguar el tiempo que tarda en reducirse la oxihemoglobina de la sangre (indicador del coeficiente de resistencia del individuo). Hay que advertir que para realizar esta última investigación bastan de cinco á diez minutos; 4.ª, que ningún cirujano ha intervenido, sino después de haber fracasado ó agotado los procedimientos usuales para tratar esta enfermedad y haber llenado todos los requisitos consignados en la conclusión anterior.

Añade que el Dr. Recasens, al intervenir en dos casos de infección puerperal localizada al útero, practicando en el primero la histerectomía vaginal y en el segundo la operación de Porro, debió inspirarse en estas reglas de buena práctica médica.

En apoyo de lo expuesto lee las opiniones emitidas sobre este asunto por Ricard, Price (de Filadelfia), Tissier, Budin, Maygrier, Freund, Leopold, Pinard, etc., en diversas Academias y Congresos Internacionales.

El Dr. *Soriano* pide de nuevo la palabra para hacer saber á la Sociedad que el Gobierno de S. M. ha concedido la Gran Cruz de Alfonso XII al Dr. Gutiérrez, rogando conste en acta la satisfacción con que la Sociedad recibe la noticia de tal gracia, por cuanto es justicia debida á los grandes merecimientos y digna recompensa á su laboriosidad é inteligencia.

El Sr. *Presidente* interpretando los deseos de todos los socios accede muy gustoso á las indicaciones del Dr. Soriano y dice que constará en acta.

El Vicesecretario,
DR. TOMÁ.

PERIÓDICOS

Nueva teoría de la infección é inmunidad. — El Dr. Iruarpegui, publica en la *Gaceta Médica del Norte*, el siguiente artículo:

«La doctrina corriente que sobre la infección é inmunidad tenemos adoptada, parece ser que va á sufrir una modificación importante.

Hace muy poco tiempo que el Dr. Bail ha introducido en el tecnicismo médico con ocasión de algunos trabajos acerca de la muerte rápida de varios cobayas supertuberculizados, la palabra *agresina*, destinada á resumir el conjunto de condiciones, por las cuales ciertos microbios poseen la propiedad de multiplicarse en el organismo causando una toxinfección, mientras que otros se hallan exentos de ella.

Ahora bien: como el organismo reacciona de igual manera contra los microbios, hay que admitir que los agresivos son capaces de anular las defensas con que aquel cuenta, las cuales quedan intactas por los tranquilos. Y esto se debe á que los primeros segregan substancias particulares ó *agresinas*, y los segundos no, pudiendo ser destruídos por las células del organismo.

Funda su teoría el Dr. Bail, en los hechos observados sobre la tuberculización del cobaya. Si á un animal de esta clase tuberculizado, se le inyectan bacilos tuberculosos en la cavidad peritoneal, muere en el espacio de pocas horas con todos los síntomas de una intoxicación aguda. Se conoce que esta inyección intraperitoneal ha ido seguida de la puesta en libertad de grandes cantidades de tuberculina. Hecha la autopsia se halló un exudado turbio conteniendo casi exclusivamente linfocitos con algunos mononucleadores gruesos y macrófagos aislados.

En los cobayas sanos, la inyección masiva de bacilos tuberculosos desembarazados por medio de un lavado de la tuberculina, no provocan accidentes parecidos.

El exudado peritoneal que se forma, está constituído por gruesos polinucleares y macrófagos llenos de bacilos, lo cual permite sobrevenir á la infección durante la que el animal se tuberculiza lentamente.

Cuando se inyecta á un animal sano una mezcla de bacilos y tuberculina, dura su vida seis á dieciocho días (100 milígramos de bacilos y 50 centígramos de tuberculina).

Sin embargo, se puede provocar la muerte rápida de un sujeto sano, si en lugar de hacerle una inyección simultánea de bacilos y tuberculina, se introducen en el peritoneo bacilos y una cantidad de exudados peritoneal centrifugado procedente de un cobaya tuberculoso muerto por una nueva infección tuberculosa.

Este exudado peritoneal de cobaya supertuberculizado encierra, á no dudar, según Bail, otras substancias además de la tuberculina, que explican el efecto agresivo.

Pero, ¿de dónde proceden esas *agresinas?* En contestación á esta pregunta, Bail sienta una segunda hipótesis que en suma no hace otra cosa que ensanchar las ideas actuales en materia de fagocitosis.

En su modo de ver, la tuberculización de un animal tiene lugar en la forma siguiente:

Los bacilos una vez dentro del organismo, luchan con los fagocitos en los focos. Los primeros se defienden segregando *agresinas*, las cuales mantienen á distancia y paralizan los segundos. Pero las agresinas segregadas son absorbidas probablemente por los linfáticos y entran en la circulación general. En el curso de esta lucha que caracteriza la tuberculización progresiva del individuo, llega un momento en que el organismo se halla saturado de aquéllas y cesa el esfuerzo fagocitario, constituyéndose la intoxicación tuberculosa, dando fin con el individuo.

La muerte casi repentina de los cobayas tuberculosos supertuberculizados por una nueva inyección intraperitoneal de bacilos lavados, se explica de este modo:

La inyección peritoneal da lugar á un exudado, y éste como todos los líquidos y tejidos del organismo tuberculizado, contiene *agresinas*. Estas, como se hallan extendidas por todas partes, impiden á los fagocitos el llegar al peritoneo, no apareciendo más que los linfocitos. No entrando en juego los fagocitos para englobar á los bacilos, éstos se disuelven por el proceso de bacteriolisis que pone en libertad su tuberculina.

Igual resultado se obtiene con el experimento citado, si se hace en la pleura.

Lo que da un caracter general á la hipótesis de Bail, es que el bacilo tuberculoso no es el único productor de agresinas, sino que según experimentos del Dr. E. Hoke, el neumococo al causar la infección neumónica se conduce en ocasiones como el anterior. Asimismo lo demuestran Kukushi y otros japoneses, que el bacilo disentérico es capaz de realizar una verdadera infección invadiendo todos los órganos cuando se le cultiva inyectando directamente en la cavidad peritoneal de animal á animal el exudado donde él se encuentra. El bacilo adquiere entonces la propiedad de formar *agresinas* que pueden ser utilizadas para obtener *antiagresinas*.

De los hechos expuestos resulta, al menos por el momento, el ensanchamiento considerable de la teoría fagocitaria. Nos demuestran que en ciertos casos la fagocitosis interviene como protectora del organismo cuando se opone á la bacteriolisis directa por los líquidos orgánicos, bacteriolisis que es, sin embargo, considerada hoy día como un medio de defensa asegurando la curación. Los peligros y desastres de tal bacteriolisis directa, es decir, sin el concurso de los fagocitos, aparecen con toda claridad en los trabajos de Bail, comprendiéndose perfectamente el que aquellos puedan presentarse en otras infecciones distintas de la tuberculosa, si la bacteriolisis pone en libertad las toxinas que contengan en su interior otros microorganismos.

Sea cualquiera el origen de las agresinas del organismo infectado, como suponen los Dres. Pirquet y Schick ó de secreción micróbica, según Bail, los hechos concernientes á los sueros antiagresivos son por demás interesantes.

Prepáranse éstos de la manera clásica inmunizando un animal por medio de inyecciones subcutáneas de exudados peritoneal ó pleural procedentes de animales que hayan recibido una inyección intraperitoneal de bacilos

tíficos, disentéricos ó de vibriones coléricos. Antes de verificarla, el exudado es sujeto á la centrifugación, esterilizado y examinado después para asegurarse de que carece de microbios vivos.

Sería pesado el citar los muchos y detallados experimentos hechos que ponen en evidencia las propiedades inmunizantes de estos sueros. Un cobayo inmunizado por inyecciones de *exudado agresivo*, inmunización activa, soporta la inyección intraperitoneal de un exudado agresivo y de bacilos tíficos á dosis que matan á un animal sano. Del mismo modo obra la inyección profiláctica de *suero antiagresivo*, inmunidad pasiva en los animales sanos.

Un cobaya que sufre una inyección subcutánea de 1 cent. cúb. de *suero antiagresivo* y al día siguiente se le inyecta en el peritoneo bacilos tíficos lavados y cierta cantidad de exudado tífico agresivo, el animal sobrevive. El resultado es el mismo cuando un suero se inyecta en el peritonéo con el exudado agresivo y los bacilos, mientras el animal testigo, en el que el suero antiagresivo inyectado es reemplazado por otro antitífico bactericida, muere de la infección. Los mismos hechos tienen lugar con los sueros antiagresivos específicos contra el cólera y la disentería.

Tales son los hechos primeros observados sobre las agresinas y esperaremos qué consecuencias prácticas de ellas se deducirán». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

PRIMER CONGRESO FEDERATIVO DE ANATÓMICOS

Celebrado en Ginebra del 6 al 10 de Agosto de 1905.

Primeros estados del huevo humano y su implantación en el útero. — El doctor *Eternod* (de Ginebra), estudiando comparativamente los huevos, demostró la influencia ejercida por las reservas nutritivas sobre su desarrollo ulterior. El hecho de la implantación del huevo humano en el útero, modifica profundamente las relaciones topográficas de las formaciones ovulares.

Homología del maxilar inferior de los vertebrados. — El Dr. *Karll von Bardeleben* (de Jena) admite la homología de la mandíbula inferior de los mamíferos y de la de otros vertebrados; niega la hipótesis de un núcleo único para el cartílago de Meckel.

Reticulum neurofibrilar de la célula nerviosa de los vertebrados. — El doctor *Donnagio* (de Nápoles) cree que el método de Ramón y Cajal demuestra perfectamente las neurofibrillas, pero no la formación reticular; existe una capa externa de neurofibrillas, paralelas ó entrecruzadas, y una zona interna bastante espesa, en la que las neurobrillas se convierten en prolongaciones más finas, que se anastomosan unas con otras, formando un re-

ticulum verdadero. Se discute para saber si hay anastomosis verdaderas ó sólo están entrelazadas las prolongaciones neurofibrilares. Al parecer, debe considerarse la formación central como reticulum verdadero.

El Dr. *Waldeyer* confirmó la opinión del Dr. Donnagio.

Modificaciones histológicas de las cápsulas suprarrenales en ciertos estados fisiológicos (invernación, inanición) y patológicos experimentales (difteria, rabia). — El Dr. Bonnamour (de Lion): Durante el sueño invernal se observa en la substancia cortical de la cápsula suprarrenal del erizo y de la marmota disminución de la grasa y falta de pigmento. Al despertarse, la actividad de la substancia medular se manifiesta por deformaciones visibles en los núcleos (n. en media luna), que indica una actividad secretoria acentuada de esta parte de la cápsula suprarrenal. En la inanición (rata, conejillo de Indias, gato, conejo), la substancia cortical reacciona por producción abundante de grasa y de pigmento con deformaciones de los núcleos de la zona glomerular. La grasa y el pigmento son también abundantes en las infecciones experimentales (difteria). Además, en el conejo rábico se observa una verdadera explosión de carioquinesis, sobre todo en las regiones periféricas corticales, aunque existen con menos abundancia en la zona medular.

Estudios citológicos sobre las cápsulas suprarrenales. — El Dr. Mulon (de París): La cápsula suprarrenal fresca del conejillo de Indias presenta al corte transversal una zona media extensa y pigmentada. Las células frescas en esta zona, disociadas en el humor acuoso, presentan un citoplasma completamente hialino, anhisto, en el que hay enclavadas algunas células grasientas pigmentarias. Este aspecto difiere por completo del de las mismas células fijas; en éstas, en efecto, hay otras enclavadas, los *cuerpos siderófilos filamentosos*.

Creo que son figuras de coagulación: el citoplasma de estas células es de una fluidez particular. Además, en este citoplasma fluído puede localizarse un cuerpo graso, y probablemente la adrenalina descubierta en la zona cortical de la cápsula. El cuerpo graso de *impregnación* está combinado con el substratum albuminoideo del citoplasma. Se trata de la lecitina que existe en la capa grasienta superficial ó de la cópula ácida de esta lecitina. La presencia de un cuerpo graso de impregnación en este sitio viene en apoyo de la teoría de la evolución de la célula suprarrenal, que he defendido antes de ahora. Explica también las degeneraciones y modificaciones celulares observadas en las capas centrales de la cápsula.

Papel de las células plasmáticas en la glándula submaxilar del conejo. — La doctora W. Dantchakoff (de Ekaterinoslaw): Las células plasmáticas, consideradas antes como elementos anormales, patológicos, figuran, al parecer desde hace algunos años, entre los elementos normales é indispensables de ciertos tejidos. En la glándula submaxilar del conejo están situadas entre los acinis glandulares y se introducen en el tejido conjuntivo. Su situación entre los vasos y los elementos glandulares hacen suponer que desempeñan un papel fisiológico importante. Las he encontrado siempre en todos los animales sanos desde el nacimiento hasta la edad adulta; el ayuno prolongado no modifica de un modo sensible estas células ni sus relaciones. Por otra parte, provocando la degeneración amiloidea generali-

zada por inyecciones de estafilococo dorado en el tejido subcutáneo, se hace á la vez desaparecer las células plasmáticas y se producen alteraciones de las glandulares. Afirmo, como conclusión, que la submaxilar del conejo contiene dos clases de elementos: 1.°, las células epiteliales; 2.°, elementos cuyos caracteres morfológicos son idénticos á los de las células plasmáticas. Estas células, permanentes y durables, utilizan las substancias conducidas por la vía sanguínea, las acumulan y las transmiten disueltas á los elementos epiteliales.

Relaciones evolutivas de los acinis pancreáticos y de los islotes de Langerhaus. — El Dr. *Laguesse* (de Lille) presentó algunas preparaciones de páncreas humano (procedente de un ajusticiado), que prueban de una parte la transformación de las cavidades secretorias en islotes de Langerhaus de secreción interna, y de otra la nueva formación de cavidades secretorias normales (acinis pancreáticos) á expensas de los islotes de Langerhaus.

Demostración de los órganos parasimpáticos de Zuckerkandl. — El Dr. *Kohn* (de Praga) presentó preparaciones de los órganos de Zuckerkandl del conejo, del gato y del niño recién nacido, é indicó el método que permite fácilmente ver estos órganos, aun repartidos en la intimidad de los tejidos diferenciados, método que consiste en lo siguiente:

Disección de la región, sumergir la pieza preparada durante dos horas próximamente en una disolución de bicromato potásico al 3 por 100 (ó en el líquido de Müller), conservándola en el líquido de Kaiserling ó el formol glicerinado. Los órganos parasimpáticos aparecen de color obscuro sobre fondo blanco: la transparencia de los tejidos favorece la observación.

Existencia de un arco plantar superficial en la especie humana. — El doctor *Dubreuil-Chambardel* (de Tours) expuso los resultados de sus investigaciones sobre la existencia de un arco plantar superficial en el hombre. En un total de 101 disecciones, le ha encontrado cinco veces. Según él, es preciso considerar este arco como formado por la anastomosis en pleno conducto, delante de la masa carnosa del músculo flexor corto: 1.°, de una arteria superficial interna (la más voluminosa), que nace de la plantar interna, cerca de su origen; 2.°, de una arteria superficial externa (menos importante), que nace de la plantar externa hacia la parte media de su trayecto oblícuo. De este arco nacen, en número variable, arterias interóseas superfinas. Esta red vascular, que establece la homología con la arteria palmar superficial, existe en los carnívoros, en los lemúridos y en los monos inferiores; se halla atrofiada y reducida al estado de vestigio en los monos antropoides.

El autor ha observado la existencia de este sistema superficial en los embriones humanos de 15 á 37 milímetros. Su desaparición es consecuencia de la estación vertical que adoptan los monos antropoides y el hombre, la que origina la atrofia del sistema muscular superficial, que no permite la posibilidad de los movimientos de prehensión.

Fibrillas musculares estriadas en el miocardio.—El Dr. *Marceau* (de Besançon) indicó diferentes hechos relativos á la constitución y á la histogenesis de las fibrillas musculares en el miocardio de diferentes animales: 1.°, continuidad de las fibrillas estriadas, sin interrupción en la corteza contráctil, de varias células de Purkinje contiguas; 2.°, constitución de las células de

Purkinje; en la periferia existen fibrillas estriadas del tipo simple y cuya estriación no es distinta; 3.°, constitución del rasgo escaleriforme de Eberth, actualmente bandas transversales escaleriformes estriadas, que están atravesadas por bastoncillos, á veces abultados en sus dos extremidades, paralelas al eje de la fibra; 4.°, preparación de corazón de moluscos, que demuestra fibrillas estriadas del tipo simple, del tipo compuesto y de fibrillas torcidas en hélice en la superficie de la fibra; 5.°, diferentes tipos de corazones branquiales.

Los odontoclastos en la caries dentaria. — Los Dres. *Coyne* y *Cavalié* (de Burdeos) demostraron que la destrucción de los tejidos duros del diente (esmalte, marfil, cemento), es producida por células multinucleares análogas á los osteoclastos y llamadas *odontoclastos*. Estas células destruyen las raíces de los dientes de la leche antes de la aparición de los permanentes; destruyen los tejidos duros alterados en las zonas cariadas. Los odontoclastos son resultado de la transformación local en células de un solo núcleo, de origen y naturaleza indeterminados. En contacto con los tejidos duros forman en ellos fositas, liquidan y destruyen dichos tejidos, formando zonas claras de substancia finamente granulosa.

Estructura y expansiones nerviosas en las láminas del órgano eléctrico del Torpedo Galvani. — El Dr. Cavalié (de Burdeos): La capa dorsal de la lámina eléctrica está unida á la ventral por puentes fibrilares que separan las pequeñas cavidades donde están situadas las células de gruesos núcleos propios del órgano eléctrico. La porción nerviosa contiene fibras de mielina en la vaina secundaria, y alrededor de estas fibras hay fibrillas numerosas. Las expansiones terminales se pierden en la región ó capa media de la lámina eléctrica.

Mezcla tetracroma para la coloración del tejido conjuntivo.—El Dr. *Delamarre* (de París) presentó preparaciones de arterias, de conductos pancreáticos de la vejiga teñidas por la mezcla tetracroma (*C. R. Soc. de Biologie*, mayo, 1905). Los núcleos aparecen teñidos de violeta, los protoplasmas y las fibras musculares de amarillo, las fibras conjuntivas de encarnado y las elásticas de negro.

Formas celulares del tejido conjuntivo laxo. — El Dr. *Maximow* (de San Petersburgo) admite en el tejido conjuntivo siete especies celulares distintas: 1.ª, los *fibroblastos*, encargados de la formación y sustento de las fibrillas y de la substancia fundamental; 2.ª, las *Mastzellen* del tejido conjuntivo, fáciles de conocer por su metacromasia: deben ser diferenciadas de los «Mastleucocyten» de la sangre; 3.ª, los *clasmatocitos* de Ranvier son constantes y distintos por completo de las Mastzellen; 4.ª, los linfocitos del tejido conjuntivo; 5.ª, las *Plasmazellen* de Unna; 6.ª, las *células eosinófilas*; 7.ª, las células que llama *ruhenden Wanderzellen*, y que asemeja á los clasmatocitos.

Nuevos datos referentes á los ingertos tiroideos. — El Dr. *Cristiani* (de Ginebra) presentó los ingertos tiroideos hechos en animales que conservan aún su tiroides ó en animales tiroidectomizados. Los ingertos prenden y se desarrollan con tanta mayor facilidad cuanto más se deja sentir la necesidad del órgano; en los animales provistos de cuerpo tiroides se atrofian, y en cambio se desarrollan perfectamente en los que carecen de él.

Investigaciones sobre el epitelio posterior del iris en algunas aves. — El doctor *Grynfelt* (de Montpellier) demostró la existencia de una capa de fibrillas musculares estriadas debajo del epitelio posterior del íris de las aves; esta estriación no es la transversal concordante; cada fibrilla está estriada por su cuenta; no se trata, por lo tanto, de un músculo rudimentario. No por eso pierde de importancia, puesto que representa el dilatador del íris, tan desarrollado en otros animales; la dirección radiada de estas fibrillas lo hace suponer.

La amitosis y los núcleos gemelos en los epitelios estratificados normales de los mamíferos.—El Dr. *Pacaut* (de París) demostró que los epitelios malpighianos de los roedores poseen con bastante frecuencia células que contienen sistemas nucleares más ó menos complejos, por lo general unidos (gemelos). Estos sistemas nucleares provienen de amitosis, porque el autor asegura haber encontrado numerosas figuras de este proceso en el *stratum germinativum*. Una cariodiéresis puede no ser seguida de citodiéresis, y los dos núcleos forman una nueva amitosis, produciéndose sistemas poligéminos. Conviene advertir que estas formas se encuentran, aunque con menos frecuencia, en el hombre. Se han observado procesos análogos, si no idénticos, no sólo en los tejidos patológicos ó sometidos á la experimentación, sino en los sanos.

Desarrollo filogénico del músculo digástrico.—El Dr. *Rouvière* (de Montpellier) ha sacado de sus observaciones conclusiones distintas de las teorías admitidas hoy por los autores que se han ocupado de esta cuestión. Cree que el digástrico, tal como se encuentra en el hombre, está constituído por la reunión más ó menos completa de dos músculos primitivamente distintos. En los reptiles, el vientre anterior se halla representado por la porción interna del plano muscular longitudinal superficial. Cree, en contra de la opinión de Chaine, que la porción externa de este mismo plano, constante en los ofidios y en algunos saurios, se halla relacionado con el movimiento de reptación y con los de la cabeza. El vientre anterior del digástrico existe en ciertas aves. En los mamíferos existen los dos vientres, pero más ó menos reunidos. En los primatos, salvo algunas excepciones, los dos músculos están reunidos en parte ó en totalidad por un tendón intermedio (primer tipo de Leche); en los carniceros, el tendón sólo está representado por una intersección fibrosa (segundo tipo de Leche). Finalmente, esta intersección desaparece por completo en los quirópteros y los monotremos (tercer tipo de Leche).

Investigaciones sobre el ovario de los mamíferos. — Los Dres. *C. Regaud* y *G. Dubreuil* (de Lion) han estudiado el ovario de varios animales, en particular de la coneja, por el método del picro-azul, invención de uno de ellos. Han sacado de sus estudios las conclusiones siguientes:

En un folículo de Graaf maduro, el óvulo se halla envuelto en un protoplasma condensado, el exoplasma. Entre el óvulo y la zona pelúcida existe una membrana delgadísima, probablemente perforada (membrana vitelina). La zona pelúcida está formada de dos partes: una capa interna, que parece homogénea, zona pelúcida propiamente dicha, y otra externa, de aspecto de filtro. Se halla constituída por el entrecruzamiento de naturaleza exoplástica procedente, de una parte, de las expansiones de las células

de la corona radiada hacia la pelúcida; de otra, de la substancia intercelular que separa las células de la corona. Existen, finalmente, anastomosis entre el protoplasma de las células foliculares de la corona radiada y el del óvulo, en contra de lo que se había afirmado hasta el día.

Células rhagiocrinas del tejido conjuntivo. — El Dr. *Renaut* (de Lion) citó sus trabajos sobre las células rhagiocrinas (células que segregan substancias en forma de granos en el interior de las vacuolas). El empleo de la coloración vital al *rojo neutro* demuestra que estas células son abundantes en los tejidos conjuntivos en vías de crecimiento y abundantísimas en las placas lechosas de los conejos jóvenes. El tendón joven (tendón de la cola de la rata ó del conejo) posee granos de secreción en todas las células de las caducas de Ranvier. Por medio de una coloración electiva con la eosina se descubren células cuyo protoplasma parece vacuolar en los objetos previamente fijados y parece que las rhagiocrinas evolucionan hacia la forma de las células del tejido conjuntivo; se anastomosan entre sí y entran á formar parte de la red general de las otras células conjuntivas.

Formación de los glóbulos rojos de los mamíferos. — El Dr. *Jolly* (de París) se ocupó de la parte que toma el núcleo en la formación de los glóbulos rojos de la sangre. Resulta de sus experimentos y de sus observaciones que el núcleo que entra en pycnosis se disgrega poco á poco y es absorbido ó expulsado; pero se encuentran con frecuencia, después de haber provocado experimentalmente la formación abundante de hematíes nucleados, glóbulos rojos que contienen un corpúsculo de talla variable, con todas las reacciones de la cromatina. Es lógico ver en esto un producto de disgregación y de absorción de la cromatina nuclear.

Estructura del huevo del murciélago. — El Dr. *Van der Estricht* (de Gante) ha estudiado el protoplasma del óvulo del murciélago en los estados que preceden y siguen á la fecundación. Los mitocondrias afectan disposiciones particulares en cada estado y su evolución se asemeja bastante á la del huevo humano. Estos cambios de forma y de carácter del protoplasma durante la fecundación son interesantes, pero no pueden resumirse en algunas líneas.—(*La Presse Medical*).—F. Toledo.

XXIV CONGRESO ALEMÁN DE CIRUGÍA

Celebrado en Berlín los días 26 al 30 de Abril de 1905.

(Conclusión)

La debilidad mental y las afecciones corporales; su importancia en cirugía.— El Dr. *Riedel* manifiesta que hay muchas personas que sin estar enfermas de espíritu, tienen debilidad mental, cierto grado de inferioridad, y que dichas personas también reaccionan en lo que á su cuerpo se refiere de modo diferente á las personas sanas, puesto que en ellas curan peor las heridas y las fracturas; otras afecciones siguen una marcha maligna y los huesos son más frágiles. Así, un individuo de veintidós años, un poco imbécil, sufrió por tres veces una fractura del fémur, que fué necesario suturar con

alambre de plata, á causa de su poca tendencia á la curación. Por último, habiéndose presentado graves trastornos vasomotores en la extremidad con procesos ulcerativos, se hizo necesaria la amputación. En un joven de dieciocho años, de poco desarrollo psíquico, un papiloma de la frente se transformó en carcinoma. Por lo tanto, siempre que en una clínica quirúrgica ingrese un imbécil, hay que ponerse en guardia.

En agosto del año pasado ingresó un sujeto, que era un tipo de imbécil; procedía de famila sana, había nacido él también sano y su desarrollo decían que había sido normal. A los dos años contrajo el sarampión, una otitis media, y desde entonces parece que se modificó un poco su modo de ser psíquico. A los diez años se hinchó el pié derecho, pero tres años después se había deshinchado. A los doce años se torció el pié izquierdo, que quedó hinchado, y como consecuencia de ello también quedó una prominencia ósea. A los dieciséis años (en 1903) sufrió el paciente un pequeño traumatismo en la rodilla, que exigió sutura. Al cabo de algún tiempo se desarrolló poco á poco una hidropesía de la articulación, que aumentó mucho de volumen al cabo de un año. Rinswanger, que examinó el enfermo, opinó que no tenía ninguna alteración cerebral orgánica, sino tan sólo imbecilidad de espíritu. Por medio de la punción se extrajeron de la rodilla 500 gramos de un líquido claro y seroso. En la actualidad la debilidad mental está aún más acentuada, la rodilla tiene dimensiones enormes y está llena desde hace año y medio de un gran número de cuerpos extraños que antes no se habían encontrado. Ziehen, que ha examinado el enfermo hace poco tiempo, opina que se trata probablemente de un grado moderado de siringomielia con alteraciones tróficas. Los movimientos de la rodilla hinchada no provocan dolor.

El Dr. *Madelung* (de Estrasburgo) manifiesta que ha cultivado la psiquiatría, y que en la clínica ha tenido ocasión frecuente de observar afecciones quirúrgicas en enajenados crónicos. Le ha llamado la atención la grandísima propensión que tienen estos enfermos á las fracturas á causa de la fragilidad de sus huesos. Mas respecto á la tendencia curativa, no está de acuerdo con Riedel, pues ha visto lesiones traumáticas muy graves curarse de un modo sorprendente, v. gr., las lesiones del intestino, que no raras veces se infieren los mismos locos; las fracturas óseas se curan también en el plazo normal.

El Dr. *Muskat* (de Berlín) opina que si la curación de las heridas fuese en los imbéciles difícil y lenta, habría que renunciar en estos enfermos á muchas operaciones, tales como las que hay que practicar en los huesos y tendones de los niños en casos de parálisis. Pero según su experiencia, la tendencia curativa no es en estos casos peor que en los enfermos normales.

El Dr. *Riedel* contesta que no ha hablado de enajenados, sino de imbéciles de espíritu. Por lo demás, aun en tales enfermos no deja de ser expuesta la práctica de grandes operaciones.

Resultados definitivos del tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Basedow. — El Dr. *Friedheim* (de Hamburgo) da noticia de 20 casos de enfermedad de Basedow que han sido tratados quirúrgicamente y examinados después muy detenidamente por Kümmell. La operación es el único medio conocido para curar definitivamente tan grave enfermedad, y no va acom-

pañada de ningún peligro de importancia. En los enfermos operados se trataba siempre de casos graves. Una enferma falleció de tuberculosis á los cuatro años de la operación; 14 se han curado definitivamente, y algunos desde hace varios años; cinco no han vuelto á requerir auxilio facultativo y poseen capacidad completa para trabajar desde hace nueve y medio á once años; tres se pueden calificar de muy mejorados á juzgar por los síntomas. Hay que lamentar un fallecimiento: se refiere á una joven de veintitrés años, á la que se extirpó el bocio derecho, y al mes y medio el izquierdo, dejando tan sólo un extremo muy pequeño. Sobrevino tetania, y á los diez días de la última operación murió la enferma de colapso cardíaco. El primer caso de éxito obtenido con el tratamiento quirúrgico es el que publicó Rehn en 1884, pero fué acogido con mucha desconfianza, porque casi no había más síntomas que el bocio. Ahora sabemos que la hipersecreción del tiroides se halla en relación causal con la enfermedad, y éste es el motivo que ha inducido á muchos cirujanos á practicar la operación. Para prevenir graves contingencias, no se deben extirpar más que porciones del cuerpo tiroides, pero acerca de qué cuantía deben tener estas porciones no existe acuerdo, porque no se sabe la cantidad de veneno que produce el estado morboso. Algunos cirujanos proceden por vía de tanteo extirpando trozos de la glándula en varias operaciones pequeñas. Es posible que en los tres casos á que antes se ha hecho referencia, se hubiese conseguido también una curación completa mediante una operación consecutiva.

De una investigación colectiva que llevó á cabo Rehn, resultó que la operación había determinado la curación en un 50 por 100 de los casos, y que en un 20'1 por 100 había sobrevenido la muerte. En el material del autor aparece un 70 por 100 de curaciones y un 5 por 100 de fallecimientos, habiendo obtenido resultados análogos Kocher, Krönlein, v. Mikulicz y König. Con el tratamiento interno la mortalidad es de 12 por 100.

El Dr. *Kocher* (de Berna) confirma los datos expuestos. Los éxitos alcanzados con el tratamiento quirúrgico demuestran cuál es la naturaleza de la enfermedad, cuya patogenia ya no se puede poner en duda. El autor insiste en que los mejores resultados son los que se obtienen por medio de la operación en los casos recientes. Los casos de muerte hay que atribuirlos á haber operado demasiado tarde.

Sutura de las heridas del pulmón. — El Dr. *Garré* (de Königsberg) manifiesta que la mayoría de los cirujanos se muestran todavía muy poco aficionados á practicar la sutura de las grandes heridas del pulmón cuando hay síntomas alarmantes, tales como el neumotórax. La mortalidad de estas lesiones es muy grande; en una estadística de más de 700 casos aparece una mortalidad de más de un 70 por 100, y si sólo se cuentan los casos graves, la mortalidad resulta todavía mucho mayor. Comparando los resultados curativos de la época moderna con los de la preantiséptica, no se ve que se hayan obtenido grandes progresos: en efecto, los enfermos de ahora se mueren, en primer término, de hemorragia interior, en segundo de distensión del tórax y en tercero de infección, porque no es posible llegar á la herida interior, ó si se llega á ella es demasiado tarde, cuando ya se han presentado la pleuresía y sus ulteriores consecuencias.

Respecto á la hemorragia interior, exige urgentemente intervenir, intervención que puede realizarse hasta sin peligro del colapso pulmonar si se dispone del aparato de Sauerbruch ó bien si se puede emplear el procedimiento de sobrepresión de Brauer. Pero aunque no se disponga de tales aparatos, no por ello se debe dejar de intervenir, puesto que el pulmón está colapsado á causa de la abertura del tórax producida por el traumatismo, de tal suerte que la operación, lejos de provocar nuevos fenómenos de colapso, facilita considerablemente la respiración al atraer el pulmón á la herida torácica, con lo cual se incomunica la cavidad del tórax con el aire exterior.

El autor hace mérito de un paciente con rotura subcutánea del pulmón; dicho sujeto ingresó al tercer día de la lesión en un estado sumamente deplorable y con gran disnea. Ahora bien, al atraer hacia afuera el pulmón, mejoró la respiración extraordinariamente. También trajeron á la enfermería un niño de once años con pulso de 132 á 140 y cianosis intensa. Había un hemoneumotórax del lado izquierdo sumamente pronunciado. La punción, que se practicó en el acto, no produjo ningún alivio. Se ejecutó entonces la toracotomía, se atrajo el pulmón hacia afuera y se encontró en el lóbulo superior una herida por desgarro de 7 cm de largo y 3 de profundidad, que se cosió con cinco puntadas. Con esto el pulmón se volvió á distender rápidamente. Verdad es que el operado sucumbió dos días después, pero la indicación de la operación subsiste, esto no obstante, á juzgar por otros casos análogos que se encuentran en la literatura y que terminaron felizmente. En efecto, además del caso referido, se sabe de otros ocho de sutura del pulmón, con ocasión de graves lesiones pulmonares, con seis curaciones. El autor únicamente recomienda la toracotomía y la sutura pulmonar en los casos de gran hemorragia en la cavidad torácica, cuando las hemorragias se repiten, y siempre que un neumotórax con distensión no se corrige con la simple punción.

Con el objeto de estudiar y perfeccionar la técnica, el autor ha hecho experimentos en animales. No debe temerse la anestesia; respecto á la incisión de la toracotomía, conviene que sea amplia para poder atraer el pulmón hacia afuera con comodidad. En los casos de hemorragia interior se recomienda penetrar lateralmente; en los de lesión traumática se debe aprovechar la herida ocasionada por ésta. Después se saca hacia afuera el pulmón colapsado, empleando para ello las pinzas de Museux; se busca la herida del pulmón, y después de limpiarla con el mayor esmero, se cierra por medio de suturas profundas, que no deben colocarse demasiado cerca del borde de la herida, para evitar que los puntos la corten. El autor aconseja con este objeto la sutura de seda. Las heridas que radiquen cerca del hilio nos limitaremos á taponarlas; las heridas contusas más extensas se exteriorizarán.

A una pregunta de Garré, relativa á cómo trata el autor la cavidad pleural, contesta que por lo común emplea un taponamiento laxo y la oclusión únicamente en el caso de hemorragia subcutánea; el tratamiento abierto da en su opinión mejores resultados. En caso de haber infección, acaso convenga establecer desagüe en sitio profundo.

El Dr. *Rehn* recomienda, en cambio, la oclusión preliminar de la cavi-

dad pleural, porque de este modo el enfermo respira con muchísima más facilidad, aunque acaso más tarde nos veamos obligados á abrir de nuevo dicha cavidad.

El Dr. *König* (de Jena) cierra ó incomunica la cavidad pleurítica con el exterior cuando se presentan síntomas graves de cambios de presión. Por lo demás, en general no es tan peligroso como se pretende operar en una cavidad torácica sin necesidad del aparato de Sauerbruch, cuyo coste no baja de 20.000 francos. A juzgar por los experimentos que ha llevado á cabo, los animales son muy poco sensibles á las lesiones traumáticas del tórax y de los pulmones. Lo mismo ha comprobado en unos 12 casos que ha visto en el hombre; de todos los casos de lesión pulmonar unilateral, no ha visto más que uno terminado por la muerte. Esto no obstante, previene contra la práctica de penetrar en la cavidad torácica si no obligan á ello motivos muy imperiosos, tales como la presencia de cuerpos extraños; sin necesidad de sutura se producen muy rápidamente la adherencia y la oclusión de la herida. Para que sea mortal una herida del pulmón, es preciso que interese un gran vaso pulmonar ó que haya seccionado una rama bronquial muy gruesa, por la que salga una gran cantidad de aire y con tanta violencia, que no sea posible la oclusión por medio de sutura.

El Dr. *Garré* hace notar, en contra de lo dicho, que la infección es mucho más peligrosa en el hombre que en los animales. Estos peligros se previenen por medio de un tratamiento quirúrgico. Aunque se trate de una rama bronquial gruesa, se puede cerrar por medio de sutura; para ello es preciso refrescar los bordes de la herida y practicar una sutura doble.

Contribución experimental á la cirugía esofágica. — El Dr. *Sauerbruch* (de Breslavia) insiste en cómo, empleando su cámara neumática, se pueden ejecutar cómodamente todas las operaciones en el esófago con una incisión intercostal amplia y sin que haya motivo á temer el colapso pulmonar. De este modo ha podido idear y poner en práctica nuevos procedimientos para establecer una comunicación artificial entre el esófago y el estómago.

El Dr. *Brat* (de Berlín) hace notar que el aparato de Sauerbruch es muy complicado y costoso, y que se puede reemplazar perfectamente por el mucho más sencillo que él ha ideado, con el que, gracias á una presión baja, se consigue que aumente la presión del pulmón y que éste se colapse.

El Dr. *Kuhn* (de Cassel) recomienda, en cambio, el entubamiento por la vía bucal en comunicación con una bomba de oxígeno.

El Dr. *Bockenheimer* (de Berlín) manifiesta que el aparato de Brat se funda en el principio sencillo de impedir el colapso en las operaciones intratorácicas, empleando para ello dos bombas, una llena de oxígeno y otra de ácido carbónico. La primera sirve para la inspiración; mediante la segunda se vuelve á aspirar el aire automáticamente de una caja intercalada. Con este aparato el autor ha ejecutado con mucha comodidad la traqueotomía inferior en los animales. El aparato parece ser muy útil; sin embargo, todavía no está bastante experimentado en la práctica.

El Dr. *Brauer* (de Masburgo) recomienda también el aparato de sobrepresión. De todas suertes, hay que agradecerle á Sauerbruch su iniciativa.

Significación fisiológica del omento mayor. — El Dr. *Heusner* (de Barmen) opina que no puede sostenerse la teoría moderna de que el omento es un

órgano protector contra las lesiones y los procesos inflamatorios. Si se hace un estudio detenido del omento desde el punto de vista embriológico y filogenético, se viene en conocimiento de que es un órgano de fijación ó adherencia, como todos los demás mesenterios, y al mismo tiempo una vía conductora para los vasos y los nervios. De las investigaciones practicadas por el autor, se deduce que en el hombre la parte del mesenterio que se emplea en la fijación del intestino grueso, ó sea el ligamento gastrocólico, es la única necesaria é indispensable, y en cambio, el delantal mesentérico es un rudimento supérfluo que á la manera del apéndice vermicular, revela la posesión precedente de un conducto intestinal más complicado.

Gastrectasia grave sin estrechez. — El Dr. *Kausch* (de Breslavia) trata en su conferencia de la gastrectasia crónica. En contraposición á la doctrina tan corriente de la ectasia sin estrechez, el autor todavía no ha visto un caso en que no hubiera un obstáculo mecánico en el píloro, y revisando la literatura respectiva, tanto quirúrgica como médica, se ha confirmado en su opinión acerca de este particular. El hecho de la curación espontánea no significa nada, porque en la autopsia pueden haber desaparecido ya el espasmo del píloro y la flexión angular de éste. Respecto á la naturaleza del obstáculo, puede ser: orgánico y grave, por flexión angular ó por espasmo del píloro. De todo lo dicho se deduce que en todo caso de gastrectasia crónica, siempre se debe buscar el obstáculo mecánico que la determina.

Prolapso post operatorio de las vísceras abdominales.—El Dr. *Madelung* (de Estrasburgo) refiere que algunos percances clínicos le han inducido á estudiar la manera de prevenir, ó en su caso de corregir, el prolapso post operatorio de las vísceras abdominales, contratiempo que retarda la curación, coloca al médico en una situación embarazosa, de la que no sabe cómo ha de salir, y hasta puede motivar su comparecencia ante los tribunales si se le acusa con este motivo de impericia. Bunge es el primero que estudió esta cuestión en Alemania el año 1880, y también se le ha prestado atención en Francia, en Dinamarca y en Rusia. Pero todos estos trabajos se fundan en un número de casos muy corto. Revisando la literatura, ha reunido el autor hasta 144, á los que puede añadir otros 13 de su experiencia personal y de la de otros colegas.

El prolapso post operatorio de las vísceras abdominales puede sobrevenir en personas de toda edad de ambos sexos y sea cualquiera la operación abdominal que se haya practicado. No tiene relación ninguna con la asepsia ni con la antisepsia, puesto que se sigue observando en nuestra época. Es frecuentísimo después de las operaciones motivadas por afecciones de los órganos sexuales femeninos en las que se incinde la pared abdominal en la parte inferior, sobre todo si esta incisión se hace en la línea media. Llama la atención el hecho de que nunca se haya observado el prolapso después de operaciones en las vías biliares. El autor lo ha visto también después de la enterostomía. Despues de varias laparotomías en un mismo individuo, existe tendencia al prolapso. La nueva abertura de la herida puede verificarse en cualquier momento, lo mismo cuando aún se halla en vías de curación, que después de cicatrizada. Por lo común, se verifica del séptimo al octavo día después de la operación. En la literatura ha encontrado el

autor 18 casos en los que la cicatriz se volvió á abrir de cinco meses á doce años después de la operación. A menudo, pero no siempre, el prolapso va precedido de hernias en la herida del tamaño de un puño á una naranja; el curso en estos casos es favorable. La dehiscencia no siempre se verifica en la línea de sutura; á veces se efectúa al lado de la misma. Además del bazo y del páncreas, pueden prolapsarse todos los restantes órganos abdominales, y como es natural, no es raro encontrar entre ellos varios metros de intestino y el omento. Permanecen por mucho tiempo sin alteración en el gran saco herniario y, al parecer, casi nunca sobreviene la encarcelación.

Como causas del prolapso hay que culpar la elección del material de sutura y el método que se ha empleado para ésta. En muchos casos se había usado el catgut, pero en otros no tan comunes se había usado la seda; sin embargo, en general, el material absorbible parece favorecer el prolapso. Respecto al procedimiento de sutura, es dudoso que tenga gran importancia, pues aun en casos en que se practicó una sutura muy esmerada en varios planos, se ha llegado á presentar el prolapso. También se menciona como causa de éste la extracción prematura de los puntos, pero si bien es verdad que se refieren casos en que el prolapso sobrevino inmediatamente después de quitados los puntos de sutura, en otros se presentó mucho más tarde. El dejar flojo el vientre no parece tener ninguna influencia. Rara vez se menciona la circunstancia de existir una gran almohadilla de grasa en las cubiertas abdominales; con más frecuencia se cita una gran delgadez de éstas. También se mencionan supuraciones provocadas por hilos y otras supuraciones pequeñas de la herida, pero en la mayoría de casos la curación se había verificado con una asepsia completa.

Son raros los casos que se refieren de tuberculosis peritoneal. Se menciona una tos persistente en 51 casos (á veces también algún golpe de tos); el vómito en 21 casos; rara vez la peritonitis general. En resumen, el prolapso no reconoce una causa única, sino varias, que se pueden combinar con una predisposición que seguramente existe siempre. De dichas causas, unas son evitables, otras no.

El prolapso sobreviene, por lo común, sin grandes sensaciones dolorosas; en algún caso excepcional perciben los pacientes una sensación algo caliente, que se va extendiendo poco á poco. De aquí que el prolapso sea frecuente y que tarde en descubrirse algunas semanas. Algunos cirujanos aconsejan proceder desde luego á la reducción del prolapso y á la oclusión del vientre, pero es indudable que con una intervención demasiado precoz se puede perjudicar al enfermo lo mismo que con el excesivo manoseo. Hay casos en que el meteorismo y el íleo hacen imposible la reposición. En estas circunstancias, conviene dejar fuera el prolapso, esmerándose muchísimo en la asepsia. No sobreviene ninguna perturbación intestinal, y el prolapso se va reduciendo poco á poco y espontáneamente.

El curso es, por lo general, favorable; la mortalidad escasa.

El Dr. *König* (de Jena) recuerda que cuando era joven, los cirujanos se recreaban haciendo operaciones de vientre; á los ocho días se daba de alta á los operados y á los diez días se les salían los intestinos, consecuencia de la vacuidad de una curación rápida. La cicatriz abdominal necesita tiempo para consolidarse. El autor ha conseguido siempre una cicatriz sólida em-

pleando un material de sutura resistente y haciendo que las pacientes se mantengan echadas cuatro semanas. De este modo nunca ha tenido que lamentar la aparición de hernias abdominales. Las causas de éstas son: el empleo de un material de sutura deficiente, y sobre todo, del catgut y de suturas defectuosas y superficiales. La sutura debe comprender siempre todo el espesor de la pared abdominal.

El Dr. *Hoeftmann* (de Königsberg) presenta figuras donde se ve cómo se separan las suturas. Esta separación se puede evitar con medios auxiliares sencillos, tales como rodear el vientre con un corsé de tiras de aglutinante.

El Dr. *Braun* (de Gotinga) menciona como factor causal del prolapso la caquexia general de los pacientes, que impide la consolidación de las cicatrices. En la actualidad quita las suturas al décimo día.

El Dr. *Sprengel* (de Brunswick) hace mérito de una categoría especial de prolapso, á saber: aquella en la que los intestinos se deslizan por entre los músculos y la piel al poco tiempo de la operación.

El Dr. *Kausch* (de Breslavia) opina que empleando la sutura perdida con material seguro, no sobreviene nunca el prolapso.

El Dr. *Küster* (de Masburgo) dice que desde hace veinte años no ha tenido un solo caso de prolapso después de sus operaciones en el abdomen, y atribuye tan buen resultado á la clase de suturas que emplea. Comienza con tres ó cuatro suturas de alambre de plata, que hace pasar por todas las capas de la pared abdominal. Después sigue la sutura en pisos, que se quita si sobreviene supuración; esta última no se presenta con la sutura de plata. Además, hace que el paciente permanezca echado hasta la tercera semana.

El Dr. *Madelung* (de Estrasburgo) hace notar que no ha hablado de las operaciones de hernias. Aun operando como dicen König y Küster, se observan casos de prolapso; á él mismo le ha ocurrido tener que lamentar tal percance. Ha elegido este tema para su conferencia á fin de destruir la seguridad en que confían muchos cirujanos respecto á este asunto.

Patología y tratamiento de la enfermedad de Hirschsprung (dilatación congénita del colon). — El Dr. *Perthes* (de Leipzig) hace constar que todavía no está bien dilucidado si la enfermedad de Hirschsprung es accesible á la cirugía: no pocos autores lo niegan. Esta cuestión se relaciona con la patogenia de la afección. El cuadro morboso se revela por un estreñimiento pertinaz y congénito que casi siempre se manifiesta desde la primera época de la vida, dilatación del abdomen y ectasia de la flexura y del colon. Generalmente sobreviene la terminación mortal por colitis consecutiva á úlceras. En la autopsia no se encuentra ninguna estrechez del calibre intestinal, y á pesar de esto, existe una dilatación considerable y hasta colosal. Ahora bien, ¿cuál es la causa de la estancación estercorácea? Hay quien cree que se trata de una insuficiencia del plano muscular, que conviene combatir con el masaje y la electricidad. Según otros cirujanos, la causa es un obstáculo mecánico que requiere tratamiento quirúrgico.

El autor refiere el caso de un joven de quince años que nunca había podido defecar naturalmente y que se había acostumbrado á irrigación rectal diaria. El vientre estaba muy abultado, el diafragma empujado hacia arriba y el corazón dislocado á la derecha. Al mismo tiempo estaba muy

dido en su mayor parte. Con un taponamiento enérgico, compresión contra la columna vertebral y sutura de la cavidad abdominal, se cohibió la hemorragia hepática, lográndose la curación sin que hubiese sobrevenido nada de reacción.

El segundo caso se sometió á tratamiento á las veinticuatro horas de haber sufrido una gran contusión en el vientre con dos topes. La hemorragia, que era muy copiosa, se cohibió por medio del taponamiento. A los siete días recargo febril é infección séptica; á los doce, muerte. En la autopsia se encontró necrosis del tejido hepático alrededor del tapón, necrosis que acaso habría sido ocasionada por el taponamiento demasiado apretado. Como tratamiento consecutivo se recomiendan grandes irrigaciones de agua salada, con las que se compensan pérdidas de sangre, aunque sean muy considerables; por el intestino grueso se pueden absorber hasta tres litros de líquido.

Ligadura de la arteria hepática. — El Dr. *Haberer* (de Viena) refiere haber ligado la arteria hepática común y la arteria hepática propia en 45 perros y gatos. Todos ellos soportaron bien la ligadura, estableciéndose siempre una circulación colateral por medio de la arteria gastroduodenal. Según esto, semejante ligadura se podrá practicar también impunemente en el hombre. Lo mejor de todo es ligar la rama aferente.

Ventajas é inconvenientes de la anestesia espinal. — El Dr. *Bier* (de Bona) manifiesta que hasta ahora sólo se había podido usar para la inyección la cocaína, cuya toxicidad es notoria. Ahora quiere competir con ella la estovaína, menos tóxica y que ha sido propuesta por Fourneau. El autor la ha ensayado en perros, y con ella rara vez ha visto sobrevenir vómitos y colapso y nunca un caso de muerte; sólo en un caso sobrevino colapso grave con 7 centígramos. Este efecto accesorio lo disminuye el autor añadiendo un antídoto, que aleja el veneno de la médula: así como Braun utiliza la adrenalina y otras preparaciones suprarrenales, el autor usa la pararrenina. Con esta adición se impide que la acción anestésica de la estovaína ascienda demasiado en el conducto medular y que llegue hasta cerca del cerebro. En los experimentos no han dado la tropacocaína y la eucaína tan buen resultado como la estovaína.

El autor empezó empleando la anestesia espinal tan sólo en aquellos casos en que estaba contraindicada la general; pero la cocaína, que era lo que entonces usaba, producía efectos accesorios y consecutivos de mucha importancia En las parturientes, la anestesia espinal da mal resultado, y lo mismo acontece en las operaciones abdominales. Nunca debemos proponernos con la anestesia espinal pasar de los límites de la región inguinal, puesto que fácilmente sobrevienen efectos accesorios perturbadores.

El autor ha experimentado el procedimiento en 305 casos. La anestesia espinal está indicada en las personas de edad y débiles; con ella se encuentran completamente bien, pueden comer después de la operación, y en cambio, cuando se opera, v. gr., el cáncer del recto con anestesia general, es muy frecuente que los sujetos se sientan mal durante muchos días y con una gran postración de fuerzas. En la mayoría de los casos no hay temblor muscular ni vómitos. Así como antes la proporción de fracasos era de cerca de un 10 por 100, en la actualidad ha descendido á un 4 por 100

gracias á los perfeccionamientos en la técnica y á una mayor práctica, y en lo porvenir aún habrá de ser menor. Se ha calificado el procedimiento de cruel, porque el interesado sufre el tormento de enterarse de todas las manipulaciones que con él se hagan; sin embargo, los operados lo prefieren á la anestesia general. Pero no hay que olvidar jamás que el procedimiento no está exento de peligros y que siempre significa una intoxicación grave; por esta razón el autor no lo ha empleado en los niños, que, por otra parte, suelen tolerar muy bien la anestesia general.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Diagnóstico de la apendicitis.—En el último Congrero alemán de Medicina interna, manifestó el Dr. Singer, de Viena, que el cuadro sintomático de la apendicitis crónica puede ser simulado por el cólico hepático y las afecciones de la vesícula y del hígado que con él se relacionan, el cólico nefrítico, los parásitos intestinales, y especialmente, el oxiuro vermicular que se alojan en el apéndice, las anomalías de posición del útero, las afecciones crónicas de los anejos y la prostatitis crónica. Además del cuadro patológico de la pseudo-apendicitis que describió Nothnagel en 1899, refiere el autor otros cinco casos en los que, después de haber sido resecado el apéndice, volvieron las antiguas molestias.

La explicación de tales confusiones la busca el autor, principalmente, en lo equívocos que son los fenómenos clínicos que se han considerado como característicos de las afecciones apendiculares, por lo cual, habrá de referirse á la forma crónica de la apendicitis. Como signos más característicos para admitir una afección apendicular de esta categoría, hay que considerar el dolor en la región ileocecal, el dolor á la presión en el punto de Mac-Burney y los datos suministrados por la palpación en la fosa ilíaca derecha. Estos últimos datos los rechaza el autor lo mismo que Treves, como completamente falaces, puesto que corresponden muy á menudo á contracciones perceptibles de los músculos abdominales. El punto de Mac-Burney, tampoco corresponde al de inserción del apéndice, sino más bien generalmente al sitio de la válvula ileocecal. Una sensibilidad dolorosa en el punto patognomónico, se encuentra en las afecciones inflamatorias del intestino grueso y hasta en individuos sanos. El ciego distendido y doloroso se observa muy á menudo, según Obraszton en los enfermos que padecen de estreñimiento crónico, y el autor lo ha observado también muchas veces en la forma espasmódica del estreñimiento. Recuerda con este motivo la morcilla cecal que Glenard ha encontrado en los casos de ptosis visceral, y cuya compresión provoca un dolor á distancia hacia el hipocondrio izquierdo y en la región lumbar (cefalalgia).

Iguales síntomas se presentan en neurosis funcionales del todo inocentes, y sobre todo, en el estreñimiento espasmódico, afección que se puede

diagnosticar con la mayor seguridad *ex-juvantibus* por el rápido resultado que producen las prescripciones calmantes. La explicación de la distensión cecal del dolor ileocecal en estos casos es mecánica, porque lo único que hay en ellos, es una estrechez de origen espasmódico que radica en el segmento inferior del intestino.

Por último, se observan cuadros morbosos idénticos en casos de nódulos hemorroidales interiores de neurosis sexuales (masturbación, etc.).

El autor cita un caso muy notable de pseudo-apendicitis de su clínica de hospital, en el que la operación demostró no haber nada anormal y esto, no obstante, al poco tiempo recidivaron todos los fenómenos morbosos.

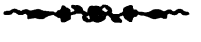
En los individuos histéricos y nerviosos, no es raro que se propague y simule la enfermedad por medio de contagio psíquico.

(*Zentralblatt für innere Medizin*).—R. DEL VALLE.

Mecanismo de la infección neumocócica. — El neumococo, dice el doctor F. Carter Wood, vive en el esputo húmedo menos de quince días. El esputo no desprende el neumococo, aunque se exponga á una corriente fuerte de aire y sólo es, por lo tanto, peligroso para las personas que manejan las ropas, el lecho del enfermo, etc. El esputo se seca en poco tiempo y el neumococo en estas condiciones tarda bastante en perder su virulencia. Seco el esputo, puede ser pulverizado y el neumococo esparcirse por la atmósfera, pero por fortuna tarda poco en morir bajo la influencia de la luz. A la luz solar muere en una hora y á la obscuridad en cuatro. El mejor medio de prevenir la infección por el neumococo es permitir la entrada de la luz del sol, ventilar la habitación del enfermo é impedir en lo posible la formación de polvo. Los objetos manchados con los esputos de un neumónico, deben mojarse con un líquido desinfectante y separarle del lado del paciente. De los experimentos practicados por el Dr. Wood, se deduce que el peligro de infección por el neumococo sólo le corren las personas que se hallan en contacto íntimo con el enfermo.

(*Journal of. Experimental Medicine*). — F. TOLEDO.

Valor diagnóstico del bacilo de Pfeiffer. — El Dr. Fr. Pick, de Praga, manifestó en el último Congreso alemán de Medicina interna, que aun en casos epidémicos de gripe no siempre se encuentra el bacilo de Pfeiffer en el esputo, y á su vez el Dr. Jochmann, de Breslavia, no sólo confirmó dicho dato, sino que dijo, además, que á veces se encuentra el bacilo gripal en otras enfermedades y sin revelarse por ninguna manifestación clínica que se le pueda atribuir.—(*Zentralblatt für innere Medizin*).—R. DEL VALLE.



REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

EPITELIOMA DIFUSO DE LA BOCA Y DE LA GARGANTA

EXTIRPACIÓN TOTAL DEL NEOPLASMA—CURACIÓN

POR EL DOCTOR

D. RAMÓN DE LA SOTA Y LASTRA

Catedrático de la Facultad de Medicina de Sevilla.

El Sr. W. V. E., súbdito inglés, de cuarenta y seis años, empleado en los trabajos de la empresa de aguas, reside hace muchos años en Alcalá de Guadaira, pueblo inmediato á Sevilla. Aunque el estado general de su salud parecía bueno, desde mucho tiempo atrás venía sintiendo que la lengua, las fauces y todo el carrillo izquierdo eran el asiento de una tumoración, que si al principio no le ocasionó graves sufrimientos, luego fué causa de intensos dolores, que en ciertos momentos se exacerbaban de tal modo, que el paciente no podía aguantarlos, por lo que se confió al saber de varios Profesores, para lograr, con los auxilios de la medicina, algún descanso en su intenso padecer.

Como nada conseguía con los medicamentos que se le administraban al interior y con los que se le aplicaban en el sitio del mal, acudió al Profesor, que en Sevilla es reconocido por todos como el primer cirujano, al Catedrático de Clínica quirúrgica de nuestra Escuela provincial de Medicina, Dr. Sánchez Pizjuan.

Este reconoció repetidas veces las regiones enfermas y no consiguió alcanzar los límites de la neoplasia. Esta, lo mismo por sus caracteres visuales que táctiles, indicaba ser un extenso epitelioma que no había llegado aún al reblandecimiento, pero que llegaría indudablemente, haciendo sufrir mucho al paciente si no se hacía más que combatirlo con substancias farmacológicas, pues bien sa-

bido es del práctico menos experimentado que esta clase de dolencias no tienen otro tratamiento que la extirpación. El examen microscópico patentizó la naturaleza epitelial del extenso tumor, y desde entonces el Dr. Pizjuan no vaciló en recomendar el acto operatorio, aunque no dejaba de considerar como grave contraindicación de la operación quirúrgica, la falta de precisión respecto á los límites del neoplasma. Pero discurriendo como discurren todos los sabios operadores en casos semejantes, se decidió á emprender la arriesgada maniobra, procediendo siempre con prudente cautela, contorneando los límites del tumor con extraordinario cuidado y deteniéndose y suspendiendo su trabajo si para continuarlo había que comprometer la vida del paciente, pues por amor propio no está el cirujano autorizado á concluir la operación emprendida con el mejor deseo. Así se expresaba Dupuytren, y así oí yo expresarse á D. Federico Rubio en varias ocasiones, y así se expresó en ésta el Dr. Sánchez Pizjuan.

Para determinarse á operar se fundaba no sólo en la naturaleza del tumor y en la marcha fatal que éste había de seguir, sino en las gravísimas complicaciones que se habían de presentar y en los atroces sufrimientos á que ya estaba sometido el paciente, y que varias veces le habían puesto al borde del suicidio.

Conociendo bien los riesgos que tenía que correr la vida del enfermo durante y después de la operación, habló á éste con la debida ingenuidad, y le aconsejó que consultara con cuantos Profesores quisiera, pero muy particularmente con su compatriota el doctor Mackay, cuya ciencia médica era reconocida por todos sus comprofesores, y cuya destreza operatoria tenía comprobada en actos quirúrgicos sin cuento. Este sabio Profesor, con la nobleza é ingenuidad del que nada teme de la ciencia de otro, porque confía en la suya, confirmó el diagnóstico del Dr. Pizjuan, y aconsejó á su compatriota que se sometiera á la operación que éste le proponía.

Con la plausible confianza que los extranjeros depositan en sus compatriotas (lo contrario de lo que sucede en España), W. vino á Sevilla y se alojó en la misma Casa de Socorro que habita el doctor Pizjuan como Director del Cuerpo de Beneficencia municipal de esta ciudad.

Al día siguiente, después de limpio y cloroformizado el paciente y bien desinfectadas las regiones en que se iba á operar, el hábil cirujano trazó una incisión curva, de convexidad posterior, que empezando en la comisura labial izquierda, terminaba en el borde su-

perior del cartílago tiroides, y desde este punto hizo otra recta atrás y arriba, que concluía en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, á la altura del lóbulo de la oreja. Estas dos incisiones interesaban la piel, el tejido celular, los músculos cutáneos del cuello y de la cara, el triangular de los labios y el risorio de Santorini. Disecado á continuación el gran colgajo resultante, ligada la yugular externa en el cuello y en la cara la arteria y vena faciales, se abrió el estuche aponeurótico para reconocer el estado de la glándula submaxilar, y se encontraron dos ganglios linfáticos voluminosos adosados á la cara externa de dicha glándula, y ésta en su cara superior, y especialmente en su prolongación milohioidea, bastante degenerada, por lo que fué preciso verificar la extirpación de toda la glándula, ligando antes las arterias facial y submental, y dejando al descubierto los órganos de la región suprahioidea lateral, músculos digástrico, milohioideo, hiogloso, estilohioides, nervio hipogloso mayor y vena lingual.

Descubierto el maxilar inferior, se vió que tenía un color amarillo sucio, especialmente en su rama, cuyo color, unido á la facilidad con que se despegaba el periostio, indicaba la necesidad de resecar toda la rama y dos tercios del cuerpo de dicho hueso, como se hizo, desprendiendo con la legra la atadura inferior del masetero del pterigoideo interno por dentro y del tendón del músculo temporal en la apófisis coronoides, y separada la glándula parótida hacia arriba, respetando su cubierta, el conducto de Stenon y el nervio facial, fueron llevadas hacia atrás las arterias carótida externa é interna, la vena yugular interna y los nervios glosofaríngeos, espinal, neumogástrico é hipogloso mayor. Seccionóse después el cuerpo del maxilar con un serrucho, y quedó separado el hueso, verificando movimientos de torsión para romper la cápsula de la articulación temporomaxilar y la inserción inferior del músculo pterigoideo externo sin hemorragia de la arteria maxilar interna.

Con una disolución de cloruro de sodio se lavó y limpió todo el campo operatorio, y se pudo ver que el epitelioma interesaba toda la pared lateral de la faringe, el velo del paladar hasta su pilar posterior y la base de la lengua. Entonces se fué circunscribiendo todo el tumor con una serie de puntos de sutura sobre la mucosa sana y luego se cortó el músculo orbicular de los labios y la mucosa bucal, extirpando después con la tijera toda la neoplasia y el músculo pterigoideo interno hasta su inserción superior (por estar también comprendido en ella) y la mitad izquierda del velo palatino.

En este tiempo último de la operación se presentó una pequeña hemorragia en sábana en la parte correspondiente á la sección del velo y á la inserción del pterigoideo, que fué dominada y se hizo desaparecer con el termocauterio.

Lograda la hemostasia y reconocida cuidadosamente toda la superficie cruenta, adquirido pleno convencimiento de que no quedaba el más pequeño ganglio infartado ni la menor partícula del tumor epiteliomatoso, se procedió á reconstituir la región, empezando á suturar la faringe por su parte inferior, la faringe á la mucosa del carrillo y al velo del paladar, hasta dejar completamente cerrada la cavidad. Después se reforzó este plano con otro muscular formado arriba y afuera por el masetero, abajo por el milohioideo, y por último, las capas superficiales, quedando así sustituídos los músculos constrictores de la faringe, que habían sido sacrificados, y la importante función que desempeña este órgano en la deglución de los alimentos.

El operado ocupó su lecho en estado relativamente satisfactorio, y desde luego se vió libre de los atroces dolores que con tanta frecuencia sufría, y que le hicieron pensar repetidas veces en el suicidio. Se prescribió una dieta absoluta, permitiéndole sólo en las primeras veinticuatro horas algunos sorbos de champagne helado, que suprimieron las náuseas del cloroformo.

La temperatura en las primeras cuarenta y ocho horas osciló entre 36 y 37° y el pulso se sostuvo fuerte y regularizado, acorde con la temperatura.

Un grave problema había que resolver en este caso, el de la alimentación, y se dudaba si acudir á la alimentación por el recto, ó por la sonda esofágica, ó por la vía natural, con la prudencia que exigía el estado en que había quedado la región operada. Sin desconocer los peligros que esta última tenía, por ella se decidió el hábil operador, pues juzgó con gran acierto que la alimentación rectal es altamente insuficiente, como han tenido ocasión de observarlo todos los que la han intentado, como á mí me sucedió en mis dos operados de esofagotomía; que la alimentación con la sonda es insoportable, pues el instrumento, como cuepo extraño, provoca náuseas y vómitos, y estas contracciones repetidas tenían que desgarrar los puntos de sutura, y los líquidos regurgitados caerían en el mediastino ó en la herida y provocarían una mediastinitis ó una pulmonía séptica mortal (como me sucedió en mi operado de extirpación de la laringe), ó cuando menos un flemón de grave naturaleza

que pudiera comprometer el éxito de la operación tan magistralmente realizada. Por eso el Dr. Pizjuan, con muy buen acuerdo, resolvió alimentar á su operado, desde el tercer día de la operación, por medio de un pistero ó aguamanil, dándole cortas dosis de leche, caldo, vino y champagne helado, encargando al operado que lo deglutiera poco á poco é inclinado ó recostado sobre el lado sano. Así se evitaron las náuseas y movimientos dañosos de los tejidos interesados y se pudo ingerir en el estómago cantidad suficiente de líquidos dotados de bastante potencia alimenticia para sostener las fuerzas del paciente, el que gozaba de un bienestar como hacía ya mucho tiempo no había disfrutado.

A pesar de todas las recomendaciones que se hacían al operado para que tragara con gran lentitud los líquidos alimenticios, la impaciencia natural del hambriento le obligaba á deglutir con mayor ansia de la conveniente, lo que dió lugar á que se rompiera alguno de los puntos de sutura, se derramaran los alimentos en la herida y determinaran un flemón superficial del cuello y del carrillo, que se extendía desde la clavícula hasta el párpado inferior, precedido de una elevación de temperatura, que alcanzó á 40°.

Quitado el apósito, se vió que la herida, cuyos bordes estaban adheridos en casi toda su extensión, se hallaba en supuración, por lo que se creyó conveniente abrir la herida en toda su extensión para dar salida al pus y poder desinfectar su fondo, como se hizo, lavándolo con agua clorurada sódica y tocándola con una disolución de cloruro de zinc, para después rellenarla con mechas de gasa aséptica. Desde entonces se practicó una curación cada seis horas, se le puso una inyección hipodérmica de bromhidrato de quinina y se continuó con la misma alimentación, siempre por medio del pistero, al que se había enchufado un tubo de goma para avanzar lo más cerca posible de la faringe y evitar peligrosas filtraciones.

Con este método se consiguió que cedieran todos los síntomas que pudieran inspirar algún temor ó siquiera recelo; la temperatura descendió notablemente después de habersé sostenido algunas tardes á 39°; pero desde el quinto día, ó sea el octavo después de la operación, el termómetro no pasó de 38°,5 por la noche. El flemón desapareció, habiendo supurado abundantemente, y eliminándose trozos no pequeños de tejido celular mortificado, que se desprendían en cada una de las dos curaciones hechas en las veinticuatro horas.

Disminuyendo la supuración en gran cantidad y mejorando mucho su calidad, las curaciones se hicieron más de tarde en tarde y

se consiguió ver notablemente reducido aquel espantoso antro, en cuyo fondo se distinguían la lengua, la epiglotis, el vestíbulo laríngeo, la glotis y un fondo obscuro, que se nos antojaba la *imagen espantosa de la muerte*. Cuando la cicatrización disminuyó aquella horrible pérdida de substancia y se vió que las regiones se reconstituían, que las partes tomaban un aspecto normal, que ninguno podíamos esperar, dimos al Dr. Pizjuan la más cordial enhorabuena y animamos al hábil artista Dr. Valenzuela para que construya un aparato de protesis con el que pueda el operado realizar la masticación y la deglución de la manera mejor que le sea permitido.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Algunos datos sobre la myasis. — II. El lupus vulgar profesional (tuberculosis). — III. La tuberculosis en el Japón. — IV. Vías seguidas en el organismo por los agentes infecciosos. — V. Ventilación en los buques de guerra. — VI. El paludismo y la infección halterídica. — VII. Contagiosidad de la fiebre tifoidea durante la convalecencia. — VIII. Erupción artificial determinada por la eosina.

I. En el Africa es común la myasis en el hombre y en los animales; en Cayor hay una forunculosis (gusano de Cayor) debida á una larva. A pesar de todo, no abundan mucho los datos sobre esta forma de parasitismo.

A. Le Dantec y Boyé han estudiado en cinco europeos de la Guinea francesa una myasis. Aparece un tumor forunculoso, que no tarda en abrirse, saliendo una larva viva. Esta, cuando ha alcanzado su completo desarrollo, mide de 8 á 12 milímetros de largo, es de color blanco sucio y está cubierta de pelos cortos y rugosos; en la extremidad cefálica tiene dos eminencias, cada una con un gancho; consta de siete segmentos. Una vez libre, es fácil de cultivar, bastando ponerla sobre algodón en un frasco y taparlo con gasa; á las treinta y seis horas se ha transformado en crisálida, que dura exactamente de diecinueve á veinte días.

En Guinea aparece la mosca al principio del invierno, hacia marzo y abril, y desaparece bruscamente en octubre, al comenzar la

estación seca, no existiendo de nuevo hasta las primeras lluvias. En libertad, es difícil descubrir la mosca, pues su color amarillo sucio la confunde con el suelo; vuela rápida y caprichosamente y es poco ruidosa. Los trabajos del ferrocarril han favorecido su diseminación por el interior de la Guinea.

El perro es el animal preferible para el cultivo de la larva, sobre todo los jóvenes, que son cruelmente perseguidos por la mosca: á las veces, durante varias semanas, hay que extirparles cinco ó seis larvas diarias. Con los trabajadores se van internando los perros y con éstos las larvas; éstas se diseminan en gran número y se transforman en insectos adultos, que crearán nuevos focos. La hembra pone sus huevos ya en los pelos del perro, ya en el suelo, y al salir la larva penetra en el animal mediante sus ganchos. (*Réunion biologique de Bordeaux*).

II. Si está fuera de duda que el lupus vulgar puede ser padecimiento profesional (enfermeros del servicio de tuberculosos), este estudio etiológico, el ingerto del bacilo de Koch en la piel, no está completo y conviene ir reuniendo observaciones. En el servicio de Foa ha encontrado F. Sura cuatro observaciones. (*Giorn. dell' Acad. di Med. di Torino*, tomo LXVII). En resumen, son las siguientes:

Dos mujeres, libres de toda herencia tuberculosa y de todo antecedente sospechoso, de más de treinta años y sanas, cuidan un tuberculoso, dedicándose especialmente al lavado de las ropas; al cabo de algún tiempo, desde luego largo, aparecen en las manos nódulos, que no tardan en ulcerarse y en convertirse en lupus típico. En los hombres, hechos análogos.

Los frotes para el lavado á mano y la maceración del epidermis, repetidamente realizados, explican esta localización, abriendo la puerta y preparando el terreno.

III. La tuberculosis humana es tan común en el Japón como en cualquiera otro pueblo americano ó europeo; la intestinal primitiva es muy frecuente tanto en los niños como en los adultos, á pesar de que en aquéllos no desempeña papel alguno la leche de vaca.

Comarcas muy extensas hay en el Japón en las cuales están exentos de la enfermedad los ganados, á pesar de ser endémica en el hombre. De ordinario, los habitantes de estas regiones no consumen ni carne ni leche de bóvidos, hecho que parece probar que la tuberculosis de aquél no es transmisible á éste, pues no pueden faltar numerosas ocasiones de contagio.

Los animales indígenas son poco sensibles á la tuberculosis, sien-

do preciso, para convertirlos en tuberculosos en cierto grado, hacer una inoculación abundante en una vena ó en el peritoneo. A las inoculaciones subcutáneas parecen refractarios. En cambio, los animales importados ó de raza cruzada son muy aptos para tuberculizarse. (Kitasato, *Amer. med.*, 1905).

IV. En el Congreso de Medicina interna de Roma, Boeri, de Nápoles, ha tratado de las vías seguidas por los agentes infecciosos en el organismo. De los numerosos experimentos hechos deduce:

Si se introducen bacterias en el tejido conjuntivo subcutáneo, y probablemente por otros tejidos, llegan al torrente circulatorio sólo por los linfáticos; así lo prueba el que si se impide que la linfa penètre en la sangre, abriendo una fístula en el conducto torácico, y se recoge y examina la linfa de hora en hora hasta la muerte del animal, se encuentran en ella las bacterias, en tanto que la sangre permanece estéril.

Si la cantidad inoculada es escasa, las bacterias permanecen en el interior de los linfáticos y no llegan al conducto torácico.

Si, por el contrario, se las inyecta en la sangre, abundan en ésta y no se las encuentra nunca en la linfa extraída del conducto torácico.

Resulta, por tanto, en lo que concierne á las bacterias, que las dos circulaciones, linfática y sanguínea, constituyen dos sistemas por completo cerrados y distintos, es decir, que no comunica el primero con el segundo, comunicación que sólo se realiza al desembocar los grandes troncos colectores linfáticos en las subclavias, quedando sin comunicarse las dos redes capilares.

De lo dicho se desprende: 1.°, que si los linfáticos retardan ó detienen el paso de las bacterias á la sangre, esta acción sólo se realiza cuando se trata de pequeñas cantidades de bacterias; 2.°, que constituyen la vía tal vez única y ampliamente abierta en todos los puntos del organismo para que las bacterias lleguen á la sangre: 3.°, que sólo en el período preorgánico las bacterias pueden vencer las barreras que separan las dos redes, linfática y sanguínea.

V. Los buques de guerra, habitados de continuo, lo mismo en campaña que en tiempos de paz, con su puente acorazado, sus poderosas máquinas, sus depósitos de carbón que desprenden gases deletéreos, sus compartimientos aislados, constituyen una residencia de muy difícil ventilación.

Desde luego la ventilación natural no alcanza y hace falta recurrir á la artificial. Un médico del Estado Mayor alemán, Plumert,

ha estudiado esta materia, partiendo de estas bases: el límite del CO_2, que marca la impureza del aire, es de 0'7 por 1.000 (Pettenkofer); para que no se rebase ese límite son necesarios 113 metros cúbicos de aire por individuo y por día (Rubner); si sólo hay 45 m³, la proporción de CO_2 es de 1 por 1.000. Hace la crítica de los varios sistemas (por compresión, por aspiración) y sus inconvenientes. En todo caso, se trata de mecanismos caros y con frecuencia complicados.

Como modelo cita el acorazado francés *Hoche*, cuyas máquinas aseguran 3.200 m³ por hora y por metro cuadrado de rejilla de calentamiento. Ocho tomas de aire, distribuídas en las torres acorazadas, aseguran el ingreso del aire y constituyen una superficie de 42 m²; la salida está garantida mediante una canalización múltiple. Los acorazados norteamericanos *Keassage* y *Kentucky* están muy bien ventilados, difiriendo sus aparatos de los hasta aquí usados (*Arch. f. Schiffs-und Tropen-Hygiene*).

VI. Las recientes investigaciones sobre el modo de transmitirse el paludismo humano y el aviario, que han puesto en claro el ciclo evolutivo de los respectivos parásitos de los mosquitos de los géneros *Anopheles* y *Culex*, han revelado la transmisión de la infección con la sangre de un animal á otro y la posibilidad del paso por modo indirecto á animales de otra especie. Esta cuestión, todavía no resuelta, ha sido estudiada por O. Cassagrandi y P. Barbagallo (*Studi sull' infezione alteridica—trasmissibilità del sangue infetto, forma di alteridi*, etc. — Comunicación hecha á la *Società tra i Cultori delle Scienze medicalc e naturali in Cagliari*, 1905).

La infección que mejor se presta al estudio es la *proteosímica* en los pájaros, pues examinados muchos de ellos de julio á noviembre de 1904 en Catania, sobre encontrar afectados el 80 por 100, no vieron forma alguna que pudiera conducir á otro diagnóstico que al de *Halteridium*. Se han ocupado, por tanto, en la infección *halteridica*, también bastante extendida en las palomas. Aceptan las siguientes conclusiones:

1.ª Los parásitos de la sangre de los pájaros, correspondientes á las *formas de desarrollo lento*, de Celli y Sanfelice; á la *Laverania Danilewsky*, de Grassi y Feletti; al *Hæmoproteus Danilewsky*, de Kruse; al *Halteridium*, de Labbé; al *Tipo A*, de Ziemann; al *Trypanosoma noctuæ*, de Schaudinn, en condiciones ordinarias, no son transmisibles de pájaro á pájaro de la misma especie (paloma á paloma); pero sí pueden serlo y hasta á otra especie distinta (pájaro á

paloma) no refractaria naturalmente cuando la sangre infectada que se inocula es rica en formas libres femeninas capaces de multiplicarse por partogenesis.

Los pájaros, refractarios naturalmente á la infección halterídica, no son infectables con la halteridia de las palomas y gorriones aun cuando se disminuya sus alexinas hemolíticas ordinarias inoculando sueros anticomplementarios. El mismo resultado se obtiene cuando se intenta transmitir la halteridia de los gorriones á los conejos así predispuestos.

2.ª Mientras que hasta ahora los experimentos parecían conducir á separar una forma halterídica de la otra, la segunda de la especie de los pájaros infectados, desde el momento en que se logra transmitir el *Halteridium* de los gorriones á las palomas inoculando sangre infectada con parásitos hembras extraglobulares, es lógico suponer que los dos parásitos son idénticos, tanto más cuanto que no se nota entre ellos diferencias notables.

Así como no se ha podido demostrar que el *Halteridium* de los gorriones y el de las palomas sean propagados por el *Culex pipiens*, como lo es, según Schaudinn, el del mochuelo, y mediante el *C. spatipalpis*, como han observado los autores, abundantísimas las dos en los palomos infectados naturalmente, y dados los hechos morfológicos que tienden á diferenciar el *Halteridium* del mochuelo del de los otros pájaros (palomas, gorriones), es lógico deducir que el de estos últimos no es *unum et idem* con el de la *Athene noctua*.

3.ª Mientras se acepte, y ahora con más motivo, que la infección *halterídica experimental* es absolutamente independiente de la *infección proteosómica*, la falta de presencia de formas endoglobulares pequeñísimas é indiferenciables de las proteosómicas en la *infección halterídica natural y experimental* de los gorriones y de las palomas, hace sospechar á los autores que las formas jóvenes halterídicas endoglobulares, descritas por varios observadores, no pertenecen al ciclo del *Halteridium*.

VII. Acabada la evolución de la fiebre tifoidea, es de regla suspender toda suerte de desinfección por lo que respecta á la excreta de los convalecientes; esta suspensión, como ocurre con otros padecimientos, es peligrosa.

Herbert (*Münch. med. Woch.*) ha demostrado que el bacilo tifoideo existe, activo, en la orina y en las materias fecales de los que fueron enfermos durante un lapso de tiempo variable, en las cuatro primeras semanas de la convalecencia; el número de días que ha

mediado entre la cesación de la fiebre y la desaparición del bacilo en uno y otro medio orgánico, es de ocho á veintisiete días. Al segundo mes de convalecencia ya no existe el bacilo ni en la orina ni en las materias fecales; sin embargo, ha encontrado una excepción en 98 casos examinados.

VIII. Las erupciones artificiales de causa externa son hoy bien conocidas en general, sean provocadas por la ingestión de substancias alimenticias ó medicamentosas, sean por contacto directo. Estas últimas (erupciones provocadas directas de Bazin, dermitis traumáticas y venenosas de los americanos) tienen múltiples causas (irritantes atmosféricos, animales, vegetales, orgánicos, inorgánicos), entre las cuales figuran los preparados de anilina, observadas de largo tiempo y cada vez más frecuentes; los lápices de color, los dermográficos, las tinturas para los cabellos, las pantuflas y plantillas amarillas ó negras, las medias, las zapatillas, los forros mismos, son agentes vulgares y de todos los días.

Monel, previo este preámbulo, refiere un càso de causa poco común (*Soc. de Méd. de Paris*, 1905).

Una mujer sintió durante la noche del día 6 de febrero escozor y prurito intensos en la región esternal, que iban en aumento, y coincidían con una extensa chapa roja. Esta mujer concurrió á un baile en la noche del 4 al 5, había bailado y sudado mucho, y para que no le molestase, colocaba en el pecho, sobre la piel, el *carnet*-programa durante la danza. Averiguado el presunto agente nocivo, Monel suplicó á la enferma se lo llevara para examinarle. Era una especie de obra de arte, con líneas y flores de colores variados, que hasta cierto punto habían sido reproducidos en la piel, con las variantes de extensión é intensidad oportunas. Los tópicos emolientes y luego la pomada de óxido de zinc acabaron con el daño.

Analizadas las materias tintóreas por el Dr. Lafay, demostró la presencia de la eosina como substancia principal, y no la anilina, como se creía al principio, ambas derivadas del alquitrán de hulla. La eosina es una tetrabromofluoresceina, una ftaleína de la resorcina, que produce esos matices llamados *aurora*, y que sólo ella puede determinar.

Con motivo del relato de Monel, dicen: Lematte, que ha observado un caso de eritema de las piernas producido por medias negras; Monel, que la anilina parece determinar erupciones vesiculosas de cierta duración, pero que no hay ningún otro hecho relativo á la eosina; Graux, que tal vez pueda notarse algo en los fotógrafos que

usan reveladores en que entra la eosina; Monel, que el eritema de las manos de un fotógrafo no se debería atribuir sólo á la eosina, dados los numerosos productos que han de manejar estos operarios; Christian cree, como Monel, que el sudor es una condición necesaria para estas intoxicaciones, y hablando de la ingestión de la anilina, da cuenta del caso de una niña envenenada por haber chupado la pluma mojada en tinta violeta; por último, Buret opina que los obreros que manipulan con estas materias deben presentar accidentes graves, que convendría investigar; Mortier propone se estudie la acción de la eosina disuelta en la misma proporción que estaba en el *carnet*, y Monel acaba diciendo que no sabe cuál sea esa proporción exactamente, pero que debe ser muy débil.

BIBLIOGRAFIA

POR

DON FEDERICO TOLEDO DE LA CUEVA

Licenciado en Medicina y Cirugía. Madrid.

I. Le XIXe siècle au point de vue medico-social, par le docteur Ph. Hauser.

II. Relaciones entre la composición química de los medicamentos y su acción fisiológica, por el Dr. D. Emilio Pérez Noguera.

III. Manual de patología externa, por el Dr. E. Forgue.

I

No es el nombre del Dr. Hauser desconocido para los médicos españoles Sus numerosos y notables trabajos, en particular su obra genial y de una importancia y trascendencia que nunca se encarecerá bastante, *Madrid desde el punto de vista médico-social*, han hecho que el Dr. Hauser figure entre los publicistas médicos de mayor y más merecida fama.

Su último trabajo, *Le XIXe siècle au point de vue medico-social*, publicado en *La Nouvelle Revue*, de París, confirma la idea de que el Dr. Hauser es un pensador profundo, un médico ilustradísimo, un gran filósofo, un espíritu observador y un escritor elegante como pocos. Por esta razón sus trabajos médicosociales tienen un encanto especial, porque plantean y resuelven los problemas de una manera que sólo pueden hacer talentos privilegiados.

Le XIXe siècle au point de vue medico-social, está dividido en cuatro capítulos. En el primero hace el Dr. Hauser una descripción muy detallada de la génesis de los padecimientos nerviosos engendrados por la moderna civilización, poniendo de relieve la influencia que tienen en su desarrollo el cambio en las costumbres y el género de vida, los que no sólo han aumentado muchas de las enfermedades antiguas y modificado su tipo, sino que han originado otras nuevas.

Los capítulos segundo y tercero son dos cuadros acabados. En el uno describe el Dr. Hauser en brillantes párrafos los progresos realizados por el hombre en el dominio de la inteligencia y en el orden moral, político y social durante el siglo XIX, y en el otro, verdadero reverso de la medalla, pone de manifiesto los perjuicios é inconvenientes de la civilización del siglo XIX desde el punto social y médico. Estos dos capítulos son los más importantes del trabajo que nos ocupa y el sabio médico austriaco se revela en ellos como filósofo y socialista de primer orden.

En el cuarto y último capítulo expone los medios de defensa que deben emplearse para combatir los males que afligen á la sociedad moderna. Este capítulo es tan interesante como los anteriores. En la imposibilidad de dar una idea pálida de tan notabilísimo trabajo, lo recomendamos á nuestros lectores, porque los problemas que plantea en él el Dr. Hauser, interesan á todas las clases sociales, pero en particular á los médicos, á los que está encomendada la resolución de muchos de ellos.

II

Con decir que el folleto titulado *Relaciones entre la composición química de los medicamentos y su acción fisiológica*, es original del fecundo y reputado publicista médico D. Emilio Pérez Noguera, está hecha su apología. Este tema fué uno de los propuestos por la Sección de terapéutica en el último *Congreso internacional de Medicina* celebrado en Madrid, y su ponencia se encomendó al Dr. Pérez Noguera, por considerarle como uno de los terapeutas más idóneos para este género de trabajos.

Este folleto merece ser leído por todos los médicos, por tratarse de uno de los asuntos más importantes y nuevos de la terapéutica y por estar desarrollado como sabe hacerlo el Dr Pérez Noguera.

Felicitamos al distinguido escritor médico por su última producción, que corrobora su justa fama de eminente terapeuta, á la que le han hecho acreedor sus muchos y meritísimos trabajos.

III

Una de las obras más importantes de la famosa *Colección Testut*, es indudablemente el *Manual de Patología externa*, del Dr. Forgue, célebre Profesor de Clínica quirúrgica de Montpellier, bien conocido de los médicos españoles. El notable *Tratado de Terapéutica quirúrgica* que ha escrito en colaboración con el Dr. Reclus, y que con tanto éxito publicamos en nuestra BIBLIOTECA ECONÓMICA, le dió á conocer en España como uno de los cirujanos franceses de más mérito. No debe extrañar, por lo tanto, que el director de la *Biblioteca Testut*, encomendara la redacción del *Manual de Patología externa* al Profesor Forgue, que tenía dadas ya pruebas suficientes de su competencia en este género de trabajos.

Que el Dr. Forgue ha cumplido á satisfacción su cometido, lo prueba el éxito alcanzado por su obra, no sólo en Francia, sino en España. Y es porque el *Manual de Patología externa* del distinguido cirujano de Montpellier, reune como pocas las cualidades que deben tener este género de libros. Aunque conciso, contiene las últimas adquisiciones de la ciencia quirúrgica, de modo que puede ser útil á todos los alumnos que principian á estudiar la cirugía y á los médicos prácticos que necesitan estar al corriente de los últimos progresos realizados en esta rama de la ciencia médica.

No es nuestro objeto hacer una reseña de la obra del Dr. Forgue, que creemos innecesaria, pero sí la recomendamos, por tratarse de un libro que merece en verdad ser leído.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Medicación cacodílica.—El Dr. D. José Sureda publica en la *Revista Balear de Ciencias médicas*, el artículo siguiente:

«*Cacodilato de guayacol.* — Sal perfectamente definida, blanca, higrométrica, bastante soluble en el agua, completamente soluble en los aceites fijos, en el alcohol y en la glicerina, é insoluble en el éter; de sabor aliáceo y ligeramente cáustico.

Por distinguidos clínicos se ha comprobado ser el cacodilato de guayacol

un excelente medicamento contra la tuberculosis; calma la tos y excita el apetito.

Generalmente se administra por la vía hipodérmica, y de las múltiples fórmulas que se han indicado, con seguridad esta es la más estable:

Cacodilato de guayacol.....	1 gramo.
Aceite neutro esterilizado.....	10 —

Disuélvase, filtrese y distribúyase en 10 ampollas.

Dosis: Inyéctese el contenido de una ampolla cada dos días; después de la décima inyección suspéndase el tratamiento ocho días y repetirlo otra vez.

Cacodilato de hierro.—Es de un verde pálido esta sal cacodílica; completamente soluble en el agua caliente, no es opalescente ni cristaliza por enfriamiento de su disolución.

Es un hecho el favorable efecto del cacodilato de hierro sobre la renovación globular, el cual pudo ser comprobado en la clorosis pues á los pocos días se nota la más completa reparación de la hemoglobina por el aumento de glóbulos.

Tanto por la vía digestiva como por la hipodérmica, puede administrarse esta sal ferruginosa; el método hipodérmico es el más activo y merece la preferencia.

Solución fácilmente inyectable y bien tolerada localmente, es la siguiente:

Cacodilato de hierro	3 gramos.
Agua destilada y esterilizada.....	100 cent. cúb.

Se procederá inyectando 1 cent. cúb. al día, y se continuará el tratamiento elevando progresivamente la dosis cotidiana á 2 y 3 cent. cúb.

Si para su administración se desea utilizar la vía digestiva, se puede recurrir á esta fórmula:

Cacodilato de hierro.....	2'50 gramos.
Excipiente.....	c. s.

Para obtener 100 gránulos toluificados.

Pueden tomarse de 6 á 10 gránulos diarios, al final de las principales comidas.

Nota. — Precisa se tenga en cuenta la facilidad con que esta sal ferrosa pasa á férrica; por lo mismo, no entregará el farmacéutico jamás la sal que no reuna totalmente los caracteres indicados, que son los de la sal ferrosa.

Generalmente se prescribe el cacodilato de hierro contra la clorosis y cloro-anemia; pero en la cloro anemia tuberculosa y especialmente en los casos de linfademia y leucemia, es donde mejor se ha podido comprobar su verdadera eficacia.

Cacodilato de mercurio. — En prismas brillantes cristaliza de su solución alcohólica el cacodilato de mercurio; es soluble en agua fría y se descompone en el agua caliente. Su solución alcohólica no se descompone por el calor.

Toxicidad. — El Dr. Vayas pudo muy bien experimentar que los conejos

soportaban las inyecciones hipodérmicas de este compuesto sin acusar ningún fenómeno de intolerancia ó reacción local, aunque se les inyectara de una sola vez 0'16 gramos de cacodilato de mercurio.

En inyecciones intravenosas, dosis de 0'02 á 0'05 gramos no han matado los animales; se han necesitado cantidades mayores y hasta se ha tenido que inyectar 10 centígramos de esta sal cacodílica para lograr la muerte á las treinta y seis horas después de efectuada la inyección.

Múltiples son los casos de sífilis tratados con éxito por las inyecciones intramusculares de cacodilato de mercurio; en todos ellos se ha empleado con buen éxito la siguiente solución:

Cacodilato de mercurio.....	3 gramos.
Agua destilada, esterilizada y fría.....	100 cent. cúb.

Divídase en ampollas de 1 cent. cúb.

Nota. — La fácil alterabilidad de esta solución, obliga al farmacéutico á operar en muy poca luz y sin que en la operación intervenga la menor cantidad de calor.

Cacodilato potásico. — Se obtiene por saturación directa del ácido cacodílico con cantidad suficiente de lejía de potasa pura, en presencia de una corta cantidad de ptaleína.

El cacodilato potásico se presenta en prismas alargados, es muy soluble en el agua y mucho más delicuescente que la sal de sosa, lo cual hace que no tenga aplicación.

Cacodilato sódico. — Se prepara saturando, en presencia de la ftaleína, ácido cacodílico con lejía de sosa pura hasta lograr la neutralización completa, cristalizando la sal formada en agua ó en alcohol diluído.

Se presenta el cacodilato sódico en prismas brillantes ó en pajitas nacaradas. Es muy delicuescente, soluble en agua y en alcohol; se funde á 60° en su agua de cristalización y se solidifica al enfriarse.

Valoración. — Múltiples y bastante diversas son las suertes comerciales que circulan, y generalmente ácidas con la ftaleína, lo que demuestra no estar perfectamente neutralizado el ácido cacodílico, ó que la sal ha experimentado una disociación al concentrar las soluciones. También no es raro hallar en el comercio, mezclada tan importante sal cacodílica con carbonato sódico, cuyo cuerpo generalmente procede de haber recurrido para su preparación, á la solución del carbonato en vez del álcali puro, que es la substancia que debe únicamente emplearse.

Los Sres. Imbert y Astruc idearon el siguiente procedimiento de valoración, fundándose en el hecho de que el ácido cacodílico se conduce constantemente como cuerpo monobásico con la fenolftaleína y neutro con la heliantina.

Resultando, que una molécula de cacodilato sódico, teóricamente neutra con la ftaleína y alcalina con la heliantina, exigirá, para volver á la neutralidad en presencia de este último reactivo, una sola molécula de un ácido monobásico, deduce, que la cantidad de ácido consumido para reproducir la neutralidad con la heliantina, determinará exactamente la riqueza del cacodilato sódico que se ensaya.

Para proceder con exactitud en el examen químico de tan útil medica-

mento, se empieza por preparar una solución normal al décimo, con el cacodilato sódico que se ha de ensayar. Siguiendo los consejos de los señores Imbert y Astruc, se pondrá 1'60 gramos de la sal cacodílica por cada 100 cent. cúb. de agua destilada, los que se neutralizarán con una solución sódica y en presencia de fenolftaleína; hecho esto, se adicionan algunas gotas de heliantina y se valora con otra solución normal al décimo de ácido clorhídrico (3'65 gramos por 1.000 cent. cúb.), ó de ácido sulfúrico (4'90 gramos por 1.000 cent. cúb.). Al contacto de las primeras gotas de una ú otra de estas soluciones, desaparece el color rosa de la fenolftaleína, apareciendo el color amarillo de paja de la heliantina en medio alcalino, y en seguida el color rosado de la ftaleína, quedando fijado de este modo el final de la reacción.

Sea n el número de centímetros cúbicos de la solución ácida consumida; la sal analizada contiene $n \times 10$ por 100 de cacodilato sódico químicamente puro.

Usos terapéuticos. — El cacodilato sódico ha sido hasta hace muy pocos años la sal cacodílica que mayores aplicaciones terapéuticas ha tenido. Se la administra por las vías hipodérmica, bucal y también por la rectal.

Cuando se recurre á la vía hipodérmica, raramente se nota que el aliento ni los sudores del enfermo sean de olor aliáceo, ni la menor fatiga en el estómago, ni alteración alguna intestinal. Por el contrario, si á las mismas dosis se toma este medicamento por la vía bucal ó rectal, al cabo de pocos días, difícilmente lo tolera el enfermo, por verse acometido de pèsadez ó calambres en el epigastrio, y desórdenes intestinales, al mismo tiempo que continuamente le acosa y molesta el desagradable olor á ajo, que exhalan su aliento y su piel, el cual persiste hasta después de muchos días de abandonada la medicación.

Puede también la administración del cacodilato sódico por la boca ocasionar la albuminuria más ó menos persistente, hasta en los enfermos que tengan sanos los riñones.

Según Gautier, el olor aliáceo procede de que el ácido cacodílico encuentra en el tubo digestivo agentes reductores, micróbicos ú otros, los que parcialmente le transforman en óxido de cacodilo, cuerpo de olor fuertemente aliáceo, muy tóxico y volátil, que después de haber fatigado el estómago y los intestinos, se elimina por el pulmón, la piel, las mucosas y los riñones, produciendo constantemente trastornos locales de mayor ó menor transcendencia.

El Dr. Dantos pretende explicar mejor el olor aliáceo, atribuyéndolo á la sulfuración del ácido cacodílico durante el tiempo que recorre el aparato digestivo.

Sea por la reducción en óxido de cacodilo, ó por la sulfuración del ácido cacodílico, lo cierto es que por muchos clínicos ha sido comprobada la intolerancia del cacodilato sódico administrado por la vía bucal y por la rectal, como también la fácil asimilación y completa tolerancia de este medicamento cuando se le administra por la vía hipodérmica.

Para administrar hipodérmicamente el cacodilato sódico, se han propuesto multitud de fórmulas. Se agrega á veces á la solución cierta cantidad de ácido fénico, pretendiendo de este modo asegurar su conservación;

en otras se añade el clorhidrato de cocaína con el objeto de que sean indoloras las inyecciones; también hay quien ha pretendido aumentar la eficacia de la sal cacodílica que nos ocupa, añadiendo á su solución inyectable la creosota de haya.

Adiciones son las indicadas que, si no resultan perjudiciales, pueden muy bien dejarse por innecesarias, pues con múltiples ejemplos se ha comprobado que una solución valorada al 5 por 100, es decir, á la dosis media que se ha de inyectar de una sola vez y cada veinticuatro horas para un adulto, no solamente su conservación es perfecta é indefinida, sino que también es indolora, y no ocasiona jamás la menor perturbación general ni local, aunque se duplique la cantidad inyectada, pero á condición siempre, que se deje descansar al enfermo ocho ó diez días después de haberle sujetado al tratamiento durante un período de tiempo de la misma duración, y al reanudarlo se nota mucho mejor la eficacia del medicamento y hasta puede doblarse sin el menor inconveniente la dosis.

Múltiples son también las fórmulas publicadas para la administración del cacodilato sódico por la boca, pero únicamente merecen citarse las que vamos á indicar:

Cacodilato sódico	4 gramos.
Agua destilada	100 —

Disuélvase y filtrese.
Cada 5 gotas corresponden á 0'01 gramos de cacodilato.

Cacodilato sódico	1 gramo.
Excipiente idóneo	c. s.

Divídase la masa resultante en 100 gránulos toluificados. Cada uno contiene 0'01 gramo de medicamento.

Cacodilato sódico	2'50 gramos.
Excipiente	c. s.

Divídase la masa que resultare en 100 gránulos toluificados.

Sea cual fuere la fórmula que se administre, siempre se tendrá en cuenta que la dosis media del cacodilato sódico es de 0'05 gramos por día. Verdad que puede duplicarse, pero no debe el clínico jamás olvidar que son indispensables los períodos de descanso durante toda medicación cacodílica.

Indicaciones terapéuticas.—El cacodilato sódico merece ser empleado en todos los casos en que la nutrición general es deficiente; está sumamente indicado en todas las enfermedades consuntivas: tuberculosis, anemia grave, impaludismo, caquexia palúdica, dermatosis, psoriasis, etc., etc.

Su acción sobre la sangre ha sido estudiada por los Dres. Widal y Merklen; provoca un aumento rápido y notable del número de glóbulos rojos, pero sin acarrear jamás una hiperglobulia verdadera. En cambio, la hemoglobina no aumenta proporcionalmente al número de glóbulos rojos: de lo cual resulta ser el cacodilato sódico un excelente medicamento para la administración del arsénico, pero no es, como se ha pretendido, un agente curativo de la anemia clorótica.

Para terminar el estudio de tan importante sal orgánica, precisa exponer á la consideración de la ilustrada clase farmacéutica, algunas obser-

vaciones prácticas sobre los excipientes que mejor facilitan la conservación del medicamento, al darle la forma farmacéutica de gránulos ó de píldoras.

Con seguridad, pocos son los farmacéuticos que no se hayan visto obligados á dar al cacodilato sódico la forma pilular. Con gran dificultad y añadiendo polvos inertes, han logrado dar á la masa la debida consistencia y operando de este modo resultan de gran tamaño las píldoras, y á pesar de ello no se tiene su conservación asegurada.

Han pretendido algunos prácticos asegurar la conservación de las píldoras de la sal higrométrica que nos ocupa, utilizando como excipiente el benjuí ó la colofonia, con la adición del alcohol. La idea es buena, pero se deforman las píldoras aun después de bien toluificadas.

Como muy raras veces señala el médico el excipiente, puede muy bien seguir el farmacéutico los consejos de los Sres. Olmedilla y Soria, empleando para una píldora de determinada dosis, el mismo peso de una mezcla á partes iguales de una materia resinosa y polvo de regaliz ó de altea, añadiendo hasta reblandecer el alcohol necesario.

Cacodilato magnésico. — Sal perfectamente neutra á la fenolftaleína y al tornasol; mucho más rica que las citadas, en ácido cacodílico: 1 gramo representa 92 centígramos de ácido cacodílico ó sea 48 de arsénico, mientras que 1 gramo de cacodilato sódico sólo contiene 70 centígramos, los que equivalen á 38 de arsénico puro.

No es solamente su mayor riqueza arsenical lo que da la preferencia al cacodilato magnésico, sino la perfecta limpidez de sus soluciones y la mejor tolerancia de que gozan.

Se podrían estudiar otras sales cacodílicas que ya circulan por el comercio, pero no lo haremos, por no ocuparse de ellas la terapéutica.

Para terminar el estudio de la medicación cacodílica, precisa indicar que los arsenitos, arseniatos y el metaloide puro, ha demostrado la ciencia que llegan íntegros, ó sea sin haber experimentado la menor alteración molecular, á los glóbulos blancos, llenan sus atomicidades, experimentando después la correspondiente reducción hasta quedar convertidos en óxido de cacodilo.

Nadie duda de los importantes servicios prestados á la ciencia de curar por la serie de sales cacodílicas descubiertas y preparadas por Bæyer, pero precisa confesar que hasta el descubrimiento del arrhenal ó metilarsinato sódico, no quedó definitivamente resuelto el problema de poder administrar por la boca un producto arsenical irreductible y que gozara de las mismas propiedades terapéuticas que los demás compuestos, cuya base es el arsénico.

Los Sres. Gautier y Mouneyrat pudieron averiguar que para formarse en el tubo digestivo el óxido de cacodilo, precisaba la absorción de un compuesto orgánico arsenical en el que se fijen sobre el arsénico dos metilos ó cualquier otro radical; datos suficientes para que á Bæyer le fuera posible preparar un nuevo compuesto orgánico del arsénico, en el que un átomo del hidrógeno alcohólico está reemplazado por un grupo metílico, el que se diferencia del ácido cacodílico por contener un oxhidrilo de más y un grupo metilo de menos.

La sal sódica de este ácido se obtiene por la acción del yoduro de metilo

sobre el arsenito sódico sodado. Es incolora, inodora y muy soluble en el agua, presentándose en la forma de magníficos cristales de una transparencia perfecta, la que pierden expuestos al aire, y acaban por eflorecer. Su sabor es muy parecido al del bicarbonato sódico.

Formas farmacéuticas y dosis. — El metilarsinato sódico es una sal bibásica y se administra en dosis de 5 centígramos diarios, que pueden aumentarse hasta 15 ó 20, siendo éstas el límite que no debe excederse por lo general, puesto que la continuación de dosis elevadas, siempre imprudentes, anulan todas las indiscutibles ventajas del tratamiento.

En los tuberculosos, la dosis de 5 centígramos determina el máximum de acción de este medicamento, y cuando se emplean en esta clase de enfermos dosis más elevadas, generalmente aumenta la temperatura de medio á un grado.

En los enfermos de hígado insuficiente y en los cardíacos, conviene vigilar mucho el empleo del metilarsinato, lo que no importa hacer en los que padecen hemorragias intestinales y afecciones pulmonares, á los cuales con la mayor impunidad puede administrárseles diariamente el arrhenal, sin que aparezca accidente de ninguna especie, aunque el tratamiento se continúe por espacio de dos meses.

A pesar de cuanto se ha manifestado, creemos será siempre lo más conveniente para el mejor éxito de la medicación, seguir los consejos del profesor Gautier, ó sea administrar el metilarsinato sódico durante cinco días seguidos, con un intervalo de reposo de la misma duración antes de comenzar de nuevo el tratamiento.

Al fijar la posología de tan importante medicamento, precisa se tenga en cuenta que el metilarsinato sódico cristaliza con cinco moléculas de agua. La perfecta neutralidad de esta sal orgánica, permite sean muchas las formas farmacéuticas que pueden utilizarse para su buena y fácil administración. Sobre todas ellas merece citarse la siguiente fórmula:

Metilarsinato sódico.....	5 gramos.
Alcohol fenicado al 1 por 10 . . .	X gotas.
Agua destilada	c. s. para completar 100 cent. cúb.

Esterilícese por ebullición.

Puede inyectarse 1 centímetro cada día de esta solución y tomarse por la boca hasta 20 gotas, correspondiendo en uno y otro caso á 5 centígramos de sal.

Felices han sido siempre los resultados obtenidos con este medicamento: el hematozoario de Laveran desaparece á las veinticuatro horas de administrado, como también puede en breve tiempo observarse el considerable aumento de glóbulos rojos».

Dos casos de sífilis ignorada. — En la *Revista de Medicina y Cirugía*, de Barcelona, publica el Dr. P. Vilanova dos casos de *sífilis ignorada* ó de sífilis de orígen desconocido:

«Se trata de un sujeto de cuarenta y dos años. No hay *antecedentes hereditarios* que se puedan referir á la enfermedad actual; ha tenido cuatro hermanos que todos ellos gozan de excelente salud, no presentando ninguno

de ellos estigma alguno que pueda hacer pensar en la sífilis hereditaria. Además, tres de estos cuatro hermanos han tenido cuatro hijos, indemnes de toda sospecha de heredosífilis. Los *antecedentes personales* son completamente nulos: no ha tenido el enfermo nada en los órganos genitales que pudiera hacer sospechar una infección sifilítica. Ninguna afección venérea, ni tan solo herpes genital ha padecido.

Hará año y medio apareció una erupción que ocupaba casi toda la mitad derecha de la frente y casi toda la mejilla del mismo lado, erupción que persistió sin modificación y que estaba constituída por una dermatosis de forma tuberculosa, cuyos tubérculos presentaban un color rojo obscuro.

Cuando examinó al enfermo, la primera impresión que le produjo fué que se trataba de una erupción sifilítica, pero interrogado el enfermo vimos que faltaban toda clase de antecedentes. Estudiado detenidamente el caso, tuvo que ratificar su primer diagnóstico, fundándose en los signos objetivos, pues los tubérculos no ofrecían el color rojo amarillento del lupus y además, apoyándole en la falta de antecedentes de tuberculosis, única enfermedad con la cual cabía la confusión.

Instituyó un tratamiento de prueba, consistente en inyecciones de aceite gris y en la administración de yoduro potásico. Al practicar la segunda inyección, que se hacían semanales, notó una ligera modificación, que fué acentuándose hasta lograr la curación, á las seis semanas, no quedando más que la pequeña cicatriz que es reliquia de estas sifílides.

Posteriormente el enfermo sigue completamente curado.

Otro caso se refiere á una señora de unos treinta años. La madre murió tuberculosa, dato que tal vez influyó en el diagnóstico de lupus que hizo un dermatólogo que vió á la enferma. Como *antecedente personal* solamente podemos decir que hace dos años tuvo un aborto, pero tiene una hija sana, sin ninguna manifestación que pueda hacernos pensar en la sífilis, ni de cerca, ni de lejos. Su marido, con quien he podido adquirir intimidad, niega que haya tenido nunca ninguna afección venérea.

La enfermedad debutó hace unos catorce meses, apareciendo en la mejilla derecha y fué avanzando hacia el centro de la cara invadiendo la nariz y la mejilla izquierda, á medida que avanzaba desaparecía de los sitios primitivos sin dejar huella. Cuando vió á la enferma estaba localizado el mal en la nariz y mejilla izquierda. La dermatosis estaba constituída por elementos pápulotuberculosos bastante voluminosos y de color rojo de jamón no bien típico.

Sometida la enfermedad al tratamiento mixto — 2 centígramos de biyoduro de hg. y 3 gramos de Kl. — Su curación fué casi tan rápida como en el primer caso, pudiendo ya asegurar el diagnóstico á los quince días de haberse iniciado el tratamiento.

Estos dos casos pueden garantizar la veracidad de los datos suministrados por los enfermos, porque ha tenido ocasión de ver algunos de los parientes más próximos y examinarlos detenidamente, cosa que les da un valor considerable.

Advierte, por último, el Dr. Vilanova la posibilidad de encontrar á cada momento casos de sífilis ignorada, que si está avisado, se pueden salvar enfermos que de otra manera serán irremisiblemente perdidos».

Un caso de fractura del cráneo. — El Dr. Slocker La Rosa, ha publicado en *La Medicina Valenciana*, el caso siguiente:

«Primitivo Abad, de nueve años de edad, habitante en la calle de Bordadores, núm. 9, cabonería, cae por el hueco de la escalera de la casa en que habita, desde la altura del quinto piso, haciendo ceder con sus juegos una débil barandilla.

Un niño que le vió caer, refiere que fué rebotando en los salientes de los rellanos.

Llegó al Hospital de la Princesa, procedente de la Casa de Socorro del distrito del Centro; llevaba un apósito que quitamos inmediatamente para practicar el reconocimiento.

El herido estaba pálido, desencajado de facciones; por la nariz salía un líquido sonrosado y gomoso, líquido cefalorraquídeo.

En la región frontoparietal izquierda había una pequeña herida de un centímetro, de la que manaba un poco de sangre que apincelaba los pelos.

Por la palpación se notaba un gran fragmento óseo del tamaño de la palma de la mano ó poco menos, que se hundía hacia la cavidad craneal. Aproximándose hacia la línea media, un gran hematoma iba disecando poco á poco la calota aponeurótica. Por debajo del gran fragmento se notaba también un borde saliente, una esquirla.

Pulso lento, cerébral; respiración lenta y estertorosa; desigualdad pupilar é hiperestesia generalizada. Afasia.

Equimosis palpebral doble que aumentaba por momentos y que llegaba á obturar el ojo, prolongándose por arriba hasta confundirse con el hematoma.

Ante la gravedad de los síntomas era dudosa la intervención, sobre todo por la salida del líquido cefalorraquídeo por la nariz, puesto que la gran extensión del foco de fractura no importaba gran cosa desde el punto de vista operatorio. Sin embargo, calculando que muy bien pudiera ser la salida del líquido por la nariz provocada por fisura ósea de la lámina cribiforme como irradiación de la fractura de bóveda, y más aún que se hubiera podido limitar á esta porción ósea exclusivamente, nos hizo decidir por la intervención. De todas maneras, aunque no se hubiera presentado ese alarmante síntoma, el hecho de existir fragmentos en la bóveda que comprimían el cerebro y un hematoma que le comprimía todavía más, autorizaban, mejor dicho, indicaban la operación que practicamos inmediatamente.

Afeitado todo el cuero cabelludo y hecha la asepsia como es de rigor (sin ningún antiséptico), practicamos una incisión que se extendía desde la raíz de la nariz hasta muy cerca de la protuberancia occipital externa, y otra perpendicular á ésta que llegaba hasta el conducto auditivo externo.

Con el separador de periestio desdoblamos rápidamente los dos grandes colgajos para hacer extenso campo.

Empezó á salir sangre en abundancia, tanto líquida como en coágulos, que se escapaba por los intersticios de los fragmentos, mezclada con substancia cerebral.

En las partes del cráneo intactas se desprendía bien el periostio, no sucediendo lo mismo con los fragmentos que se hundían en pleno cerebro;

desgarrando las meninges, y haciendo difícil su captura, le trituraban más y más. De la parte inferior del foco de fractura se extendía, conforme sospechamos en un principio, una amplia fisura que se dirigía hacia la raíz de la nariz y que nos explicaba los síntomas primeros, al propio tiempo que probaba de nuevo que las fracturas de la base son siempre, como dice Bergmann, irradiadas de los traumatismos de la misma índole de la bóveda.

Conforme demostró la palpación externa, había un fragmento frontal introducido de canto.

Aprovechando el hueco que debía ocupar este fragmento, pude introducir una pinza y hacer buena presa en el primer gran fragmento hundido, consiguiendo sacarlo. Hice lo mismo con todos los otros y con cuantas esquirlas encontré: una había cerca de la línea media, constituída por lámina vítrea que estaba colocada entre la duramadre y hueso. Al llegar á este punto, todo el campo sangraba en abundancia, principalmente las venas del diploe, que tuve que ir mordiendo con la pinza Doyen. La substancia cerebral se escapaba herniada por una ancha herida de la duramadre de unos cuantos centímetros (3 centímetros), producida por esquirla, sangrante, triturada y con la vascular piamadre rota también. De la misma substancia cerebral salía un pequeño chorro de sangre, sin duda de una cerebral. Había hematoma subdural provocado por la ruptura de la rama anterior de la meníngea media, cuya ruptura estaba al nivel de la herida dural.

Al quitar aquella pequeña esquirla de la línea media salió más sangre, lo que me indujo á pensar si era el seno longitudinal superior que estaba herido.

Para hacer la hemostasia de la meníngea media tuve que quitar unos 2 centímetros de la escara del temporal para poder pasar la aguja con seda y ligarla.

La hemostasia del seno la hice previo ensanchamiento de la pequeña herida, taponando con catgut Hartmann.

La hernia cerebral no la podía reducir sin limpiar de coágulos el espacio subdural, cosa difícil, porque la gasa ensanchaba la herida de la duramadre; tuve que recurrir á la presión suave, escurriendo hacia la herida la sangre que quedaba. Que llegó á salir casi toda, lo prueba el haber desaparecido el aspecto violáceo de la duramadre. El latido del cerebro me impedía coger la pequeña terminal que todavía daba. Como estaba triturada la substancia cerebral, como dije en un principio, separé con una gasa las piltrafas (la pérdida no excedería de un par de cucharadas de café); con esta maniobra quedó aislado el pequeño vasito, que fué cogido con una pinza y ligado.

Con catgut fino fué suturada la duramadre, cuidando especialmente de no aprisionar en la sutura ni el cerebro, ni sus otras dos cubiertas, en previsión de posibles contingencias cicatrizales de índole epiléptica. Limpié perfectamente con gasa el campo operatorio, y no lavé ni siquiera con agua aséptica *por creer que había podido hacer asepsia.*

Suturé la herida cutánea, dejando un desagüe de gasa.

La intervención duró unos veinte minutos, y en la última parte el niño dejó de respirar; cesó de latir el corazón y se dilataron rápidamente las pupilas. Con unos pequeños movimientos de respiración artificial y una in-

yección de éter se fué normalizando poco á poco y acabó la operación con vida el niño. Fué colocado un vendaje ligeramente compresivo. Se le aplicó suero artificial y cafeína por tener tendencia al síncope, que indudablemente le produjo la conmoción, la cloroformización y la *intervención....!*

El herido quedó en el coma durante ocho horas, al cabo de las cuales el pulso subió de 38 á 45; respiración más regularizada. Empezó á desaparecer la afasia, pronunciando el niño el nombre de su madre, conservándose, sin embargo, la hiperestesia.

A los tres días, manteniéndose una temperatura de 37°,6 y 36'8 se incorpora el niño, desaparece totalmente la afasia, y conservándose libre de exudados el vendaje, se le administra un purgante que rebaja las décimas.

En vista que el enfermo permanecía apirético, no levantamos el apósito hasta el noveno día.

Al hacerlo vimos la gasa absolutamente limpia, sin olor, y al quitarla no salió exudado alguno.

Se apreciaba con claridad el latido cerebral, y únicamente aquejó dolor el niño cuando se hicieron las primeras tracciones en la gasa.

Le hice cura seca aséptica, y sin duda apreté demasiado las últimas porciones de la nueva mecha, porque dió el niño un grito inarticulado, al mismo tiempo que una suave sacudida agitó su brazo y piernas derechos. Los bordes de la incisión operatorias estaban totalmente unidos, y si no quitamos entonces la sutura fué por el temor de que el nuevo desagüe hubiera separado algo los bordes.

El décimoquinto día, se le practicó la segunda cura en la misma forma que la primera, no haciendo más que iniciar el desagüe entre los bordes de la incisión; se quitó la sutura y cuando se cumplía la 25.ª estancia del niño, le dí alta por curación, después de haberle hecho unas cuantas curas ordinarias». —SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

VIII CONGRESO FRANCÉS DE MEDICINA

Celebrado en Lieja los días 25, 26 y 27 de Septiembre de 1905.

Las formas clínicas del reumatismo crónico. — El Dr. TEISSIER (de Lyon, ponente): En el estado actual de nuestros conocimientos, parece que sólo debe reservarse el nombre de reumatismo crónico: primero, á las artropatías deformantes primitivas (reumatismo crónico deformante progresivo, nudoso, etc.), es decir, á los reumatismos independientes de las infecciones generales conocidas como susceptibles de producir manifestaciones articu-

lares; y segundo, á las artropatías crónicas post infecciosas de origen claramente determinado (reumatismos crónicos de infección).

I. *La artropatía deformante primitiva* puede tener su punto de partida, y hasta cierto punto exclusivo y directo, en la acción del frío húmedo, obrando solo, pero de un modo prolongado, ó porque intervenga por mediación de un germen especial que aún no ha sido demostrado que sea patógeno, ó también por medio de una toxina desarrollada en el organismo á consecuencia de una alteración provocada por una perturbación mal definida en las funciones de la piel; también puede depender del desfallecimiento de un órgano de secreción interna: cuerpo tiroides, ovario (frecuencia del reumatismo crónico en la menopausia).

Con más frecuencia el frío húmedo, para provocar la aparición de la artritis, debe obrar sobre un terreno preparado de antemano ó hereditariamente predispuesto; y aquí la tuberculosis ó el cáncer en los ascendientes desempeñan un papel de primer orden. Así juzgado el reumatismo crónico deformante, afección rara antes de los cuarenta años, resultaría de la acción lenta y prolongada de toxinas modificadas ó envejecidas, y por esto mismo más aptas para obrar sobre el sistema nervioso, y con más motivo siendo éste más vulnerable á medida que envejece el propio organismo. Las toxinas patógenas, obrando primero sobre las meninges espinales, después sobre las raíces raquídeas, y más tardíamente, en fin, sobre los nervios periféricos, acabarían de este modo por determinar la artritis por vía trofoneurótica. Las lesiones están caracterizadas por la destrucción rápida y precoz del cartílago interarticular, por alteraciones marcadas en las sinoviales, con ó sin exudado hemorrágico, y por la rarefacción del tejido óseo subyacente, lesiones que dan un aspecto especial á la radiografía.

La anatomía patológica, las autopsias que he practicado, los casos más recientes de Toneke y Leri y la anatomía comparada, confirman la exactitud de esta afirmación, pero queda por fijar la naturaleza del veneno que interviene y por dilucidar el mecanismo íntimo de su acción.

La artropatía en el reumatismo crónico de orden trofoneurótico puede afectar la forma poliarticular progresivamente invasora con tendencia á la generalización y la forma parcial de evolución más lenta con sus dos tipos de observación más comun: el *morbus coxae senilis* y la forma vertebral (reumatismo vertebral osteolítico), que debe separarse de la espondilosis rizomélica y de las otras formas vertebrales post infecciosas. Algunos autores han descrito una forma de reumatismo especial en la infancia, pero creo que todos los casos descritos con este nombre no son más que pseudoreumatismos que han pasado al estado crónico, esto es, reumatismos crónicos de infección.

La endocarditis es excepcional en el curso del reumatismo deformante, y hasta se puede decir que todo reumatismo crónico complicado de endocarditis es un reumatismo crónico de infección, un pseudoreumatismo, cuyo origen importa investigar.

II. *Artropatías crónicas post infecciosas.* — Todas las infecciones susceptibles de producir la artritis al estado agudo ó subagudo son capaces de provocar artropatías crónicas. En primer lugar figuran el reumatismo articular agudo, la blenorragia, las enfermedades con estreptococos (escarla-

tina, angina, erisipela), la disentería, la gripe, y en fin, y sobre todo, la tuberculosis. Estos reumatismos crónicos de infección tienen algunas veces las mayores analogías con la artritis deformante, de la cual se diferencian por su naturaleza, hasta cierto punto septicémica, y por sus determinaciones viscerales.

Las manifestaciones clínicas del reumatismo crónico de infección varían con la misma naturaleza de la infección que le ha engendrado, pero tienen ciertos lazos comunes, especialmente en la expresión anatómica del proceso, en la naturaleza de los tejidos interesados y en la evolución de las lesiones producidas. Mientras que la artritis deformante, de evolución esencialmente lenta, comienza por la alteración del cartílago por vía de destrucción trófica, la artritis crónica de infección consecutiva á un brote agudo ó subagudo, interesa desde el primer momento la sinovial y los tejidos periarticulares; cuando las lesiones del cartílago existen, lo cual puede revelar fácilmente la radiografía, son siempre más tardías y pueden depender de la inmovilidad ó de la acción de las toxinas microbianas envejecidas sobre los centros tróficos medulares. El reumatismo crónico de infección tiene una tendencia muy marcada á la anquilosis y algunas veces á la anquilosis muy rápida.

Los tipos clínicos varían con la naturaleza infecciosa. Tres son, sobre todo, importantes: el reumatismo crónico secundario al reumatismo articular agudo, el reumatismo crónico blenorrágico y el reumatismo crónico tuberculoso. El reumatismo articular agudo que ha pasado al estado crónico, puede revestir una forma benigna y otra grave; el reumatismo crónico blenorrágico es bien conocido en su sintomatología. La tuberculosis, obrando por su bacilo ó por sus toxinas, sobre los tejidos de la articulación, es una causa frecuente de reumatismo crónico y puede interesar la articulación, ora provocando una alteración específica de la sinovial, ora determinando una irritación común del tejido fibroso periarticular. Las formas clínicas son muy diversas y pueden pasar desde la sinovitis localizada y de la retracción aislada de la aponeurosis palmar al reumatismo anquilosante de la cadera ó al tipo común de la poliartritis deformante, como también á la forma generalizada, con invasión de las grandes serosas y explosión final de tuberculosis miliar en el pulmón. La tuberculosis también interesa con bastante frecuencia los tejidos fibrosos que unen los cuerpos vertebrales, donde provoca una infiltración ósea, hasta el punto de constituir una verdadera espondilosis vertebral de origen tuberculoso. Pero estas espondilosis post infecciosas, comprendida la enfermedad de Marie, no deben confundirse con el reumatismo osteolítico deformante. Como el reumatismo blenorrágico, el tuberculoso parcial tiene una tendencia marcada á la anquilosis.

III. *Artropatías tóxicas ó diatésicas.* — Lo que se comprende con el nombre de reumatismo gotoso, complexus morboso, que se puede englobar con las otras manifestaciones articulares de las intoxicaciones comunes (alcohol, plomo) ó auto-intoxicaciones (reumatismo de la dilatación del estómago, de Bouchard, reumatismo biliar, de Gilbert y de Lereboullet, etc.), y con el epígrafe más general de reumatismo diatésico, constituye un síndrome muy especial, que no tiene de reumatismo más que el nombre, y que se se-

para absolutamente de la clase ya muy vasta de las artropatías reumáticas, por su origen y por el carácter de sus artropatías; estos diferentes síndromes, que entran en el grupo de los estados artríticos, deben separarse definitivamente del grupo de las afecciones reumáticas comunes. De todos modos, es necesario conocer que al lado de todos estos casos claramente diferenciados, existen formas mixtas ó intermediarias, que por lo demás no son muy frecuentes. Las lesiones de la artritis deformante vulgar pueden, en efecto, observarse en enfermos que tienen todos los caracteres del reumatismo gotoso ó nudoso, pero la evolución simultánea de los dos procesos generadores nada tiene que pueda parecer irracional. También parece que puede entrar en este cuadro la forma de reumatismo crónico senil descrito recientemente por Marie y Leri.

El Dr. Verhoogen (de Bruselas, ponente): El reumatismo articular agudo ó crónico constituyen la sola afección médica en la cual el término *reumatismo* posee una significación definida; por lo tanto, debe servirnos de punto de partida para el estudio de las afecciones reumáticas. El reumatismo articular agudo parece ser el resultado de una infección orgánica cuya naturaleza es variable y los agentes patógenos múltiples. Estos agentes patógenos, retenidos en las amígdalas, en el tubo digestivo ó en otra región análoga, parece que no penetran directamente en la economía, y menos aún en las articulaciones. La sinovitis primitiva, lo propio que la endopericarditis, parecen revelar la acción electiva de toxinas segregadas y absorbidas en el sitio exterior de la infección. De todos modos, no puede negarse que los microbios patógenos penetren en el torrente circulatorio y vayan á fijarse en las articulaciones, en el endocardio, etc., lo cual constituye una complicación grave del reumatismo articular agudo y tal vez determine también el paso de esta enfermedad al estado crónico.

El reumatismo articular crónico secundario, determinado por un reumatismo agudo que date de más ó menos larga fecha, representa, pues, el resultado de una infección microbiana. Entre esta forma y la forma primitiva del reumatismo crónico ó artritis reumatoide, no existe ninguna diferenciación clínica ó anatomopatológica posible; se las debe considerar como una sola y misma forma de la infección reumática precedida de un estado agudo en el primer caso, crónica desde el principio en el segundo. Los pseudoreumatismos agudos ó crónicos se diferencian del reumatismo franco por algunas particularidades clínicas que no bastan para colocarles en una categoría especial. La sola diferenciación que puede verdaderamente admitirse, resulta de la naturaleza del agente infeccioso, variable é impreciso en el reumatismo franco, constante y determinado para cada una de las afecciones de la otra categoría; luego los dos grupos deben ser reunidos.

La osteo-artritis deformante, ó reumatismo deformante de los cirujanos, no parece tener nada de común con el reumatismo propiamente dicho. También existen formas llamadas parciales, de las que tres merecen en especial ser estudiadas, y que son: la retracción aponeurótica palmar ó plantar (enfermedad de Dupuytren), la espondilosis rizomélica y las nudosidades de Heberden. Estos diversos síndromes derivan con frecuencia del reumatismo crónico, pero también pueden provocarlos la gota y la diabetes;

luego el reumatismo no es su causa única, y lo mismo puede decirse de la espondilosis reumática de Forestier, cuyo carácter no tiene nada de específico. En fin, ciertas localizaciones dérmicas (peliosis reumática), subdérmicas (eritemas nudosos), musculares (miositis), etc., figuran también entre las manifestaciones crónicas de la infección reumática.

Quédanos el reumatismo tuberculoso; para Poncet y la escuela de Lyon existen en los tuberculosos accidentes agudos ó crónicos, en los cuales se encuentran todas las manifestaciones ordinarias del reumatismo verdadero, como el reumatismo articular agudo y la artritis plástica anquilosante, sin olvidar las retracciones aponeuróticas, la espondilosis rizomélica, el reumatismo deformante y el pié plano reumático. Estos accidentes encontrarían por causa original la infección tuberculosa propiamente dicha, la cual, con igual motivo que las otras infecciones clasificadas, puede crear el pseudoreumatismo, ora por localización bacilar, ora en virtud de la acción que ejercerían á distancia las toxinas puestas en libertad en un foco visceral ó latente. Sin embargo, la clínica no apoya esta hipótesis con ningún hecho indiscutible. La coexistencia de la tuberculosis y de los accidentes reumáticos no posee ningún valor demostrativo, la frecuencia de las infecciones mixtas, la exaltación que la presencia de las toxinas tuberculosas hace sufrir á la virulencia de los agentes patógenos, tales como el colibacilo, el estreptococo y el estafilococo, explican la aparición del reumatismo articular agudo ó crónico en los tísicos.

Las observaciones relativas al pretendido reumatismo tuberculoso, no aportan ninguna prueba de que el bacilo de Koch haya sido el sólo agente causal en los múltiples casos señalados. La influencia del tratamiento salicilado no es más decisiva, puesto que este tratamiento ha sido eficaz en muchos casos que los autores han diagnosticado de reumatismo bacilar, mientras que con frecuencia resulta ineficaz contra el reumatismo franco. En fin, la transformación aparente de ciertas afecciones reumáticas locales en tuberculosis reumáticas típicas anteriores, no es concluyente puesto que se observan hechos idénticos después del reumatismo blenorrágico y de los otros reumatismos infecciosos, lo propio que después del reumatismo franco.

La anatomía patológica del reumatismo bacilar no existe, ó se encuentran lesiones características de las tuberculosis propiamente dichas (sinovitis tuberculosa, primer estadio del tumor blanco) ó se encuentran lesiones comunes. Particularmente para este último caso, se ha imaginado la hipótesis de una acción á distancia que ejercerían las toxinas segregadas en el sitio de la lesión visceral y no existe ningún hecho experimental que confirme esta suposición; al contrario, el virus tuberculoso parece obrar únicamente en donde se encuentra el bacilo, puesto que las toxinas solubles no han provocado hasta el presente de un modo experimental ninguna lesión articular.

Conclusiones: 1.ª El reumatismo constituye una enfermedad infecciosa, cuyos agentes patógenos son múltiples y variables, según los diferentes casos.

2.ª El reumatismo crónico afecta formas diversas que pueden agruparse en cuatro tipos principales, que por lo demás suelen coexistir en el mismo individuo:

A) El tipo osteo-articular comprende los reumatismos primitivo y secundario, ciertas formas raras de espondilosis, en las cuales existen lesiones articulares deformantes, y ciertos casos de nudosidades de Heberden.

B) El tipo seroso comprende las manifestaciones de parte de las sinoviales y de las serosas (sinovitis y vaginotendonitis crónicas), ciertas pleuresías crónicas y generalmente también accidentes dérmicos y subdérmicos (púrpura, eritema nudoso, etc.).

C) El tipo fibroso: hipertrofia de los órganos peri-articulares; ciertos casos de enfermedad de Dupuytren; ciertos casos de espondilosis con alteraciones del aparato ligamentoso vertebral y ciertos casos de esclerodermia.

D) El tipo muscular: miositis reumáticas crónicas y ciertos casos de espondilosis de origen muscular.

3.ª La existencia del reumatismo tuberculoso es hasta ahora simplemente hipotética. La tuberculosis parece, sin embargo, determinar excepcionalmente desórdenes articulares que nada tienen de común con el reumatismo y que derivan, tal vez secundariamente, de una lesión de los órganos neuromusculares. — CODINA CASTELLVÍ.

(*Continuará*).

PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

Celebrado en Bruselas del 18 al 23 de Septiembre de 1905.

Valor del examen de la sangre en cirugía. — El Dr. *Ortiz de la Torre* (de Madrid, ponente) dijo que lo que conviene al cirujano conocer de la sangre puede reducirse en realidad á la cifra de hemoglobina y al número y cualidad de los glóbulos blancos. La cantidad de hematíes, su morfología, la coagulación, la reacción química de la sangre, la resistencia globular y tantas otras cualidades que pueden analizarse, tienen una importancia secundaria en cirugía clínica.

El conocimiento de la cantidad de hemoglobina y de leucocitos que contiene una sangre determinada, nos representa el conocimiento de dos extremos que más necesitamos en cirugía. El número de glóbulos blancos representa la cantidad de defensa con que cuenta el organismo para luchar contra una infección; la proporción de hemoglobina significa el grado del mal causado por esta misma infección.

Lo que prueba bien á las claras que la leucocitosis no significa el grado de infección que sufre la economía, es que el número de leucocitos aumenta siempre después de las operaciones más asépticas, y esta conclusión es común á todos los observadores. Como la leucocitosis es una relación de defensa contra la infección, su intensidad sigue de ordinario una marcha paralela á la de la infección, y por este motivo se mide la intensidad séptica por la de la leucocitosis que se observa, y se dice que un individuo está tanto más infectado cuanto mayor es el número de leucocitos que existen en su sangre. Conviene, sin embargo, advertir que en muchos casos esta afirmación no es exacta. Además de que existen infecciones, y quizás las

más graves, que no provocan reacción leucocitaria, el organismo sufre también á veces el mal en condiciones tales, que al parecer no reacciona contra él ni se prepara á la defensa.

Cuando se trata de infecciones, la hemoglobina refleja, al parecer con bastante exactitud, el grado de infección séptica, y puede observarse casi siempre una relación constante entre la proporción más ó menos elevada de este principio y la gravedad del ataque infeccioso.

Existe de ordinario cierto paralelismo entre estos dos factores, leucocitos y hemoglobina, por la misma causa que hay en general una relación constante entre el grado de infección y el de defensa del organismo; pero debemos diferenciar siempre la significación de estos dos elementos para saber en clínica lo que corresponde á uno y á otro.

Conviene tener en cuenta que cuando un organismo se siente invadido por una infección viva, responde por un grado proporcionado de defensa (leucocitosis); cuando el ataque termina por fin de la infección microbiana, los elementos que han luchado se retiran de la circulación (disminución de la leucocitosis), pero los estragos producidos por el estado séptico, que se manifiestan en la sangre por la hipoglobulia, la hemolisis, la destrucción de las nucleínas, etc., tardan más ó menos en separarse hasta que se eliminan los productos de las destrucciones; á esto es debido el descenso constante de la hemoglobina.

Por la misma razón, cuando la defensa leucocitaria es insuficiente respecto al grado de infección, ésta produce mayores estragos y se refleja en la sangre por una cifra pequeñísima de hemoglobina y por leucocitosis mínima.

Puede deducirse de lo que precede, que el examen de la sangre en cirugía, es incapaz de dar las supuestas fórmulas hematológicas que algunos han pretendido establecer, y que lo que debemos esperar de este medio de exploración, es más que nada (y no es poco), la fórmula hematológica del sujeto, es decir, la medida de los medios con que cuenta el organismo para defenderse de la enfermedad y el grado de lesión morbosa que ha experimentado.

Admitido esto, la sangre que presenta una leucocitosis media de 10 á 16.000 glóbulos blancos, con sólo 50, 40 ó 30 centésimas de hemoglobina, debe indicarnos que se trata de un enfermo infectado de gravedad y provisto de defensas débiles contra los agentes infecciosos.

En tales circunstancias, si se trata de un proceso séptico bien localizado y accesible á los medios quirúrgicos de extirpación radical, como una piosalpingitis, una apendicitis, un empiema, una osteomelitis, no cabe vacilar en intervenir, porque suprimiendo por completo el foco séptico, se disminuye el factor infección y en este caso la leucocitosis, aunque débil, puede ser suficiente para defenderse contra un enemigo menos numeroso. En cambio, en las infecciones difusas de focos múltiples con la misma fórmula hemoleucocitaria, el pronóstico es mucho más grave, porque no podemos disminuir gran cosa el estado séptico, ni contar con la reacción leucocitaria suficiente para luchar con ventaja.

En las apendicitis de gran aparato sintomático (dolor, fiebre y vómitos), cuando la leucocitosis se eleva á 16 ó 25.000 glóbulos blancos y la hemoglo-

bina se mantiene á 90, 80 y 75 centésimas, puede esperarse que el ataque cure por los medios incruentos. El Dr. Ortíz de la Torre ha seguido esta línea de conducta en varias ocasiones, sin tener por qué arrepentirse. En cambio, cuando hay pocos leucocitos y poca hemoglobina, aunque la fiebre sea ligera, los enfermos dében ser considerados como gravísimos y operados de urgencia, si bien con poca esperanza de éxito, porque su sangre no cuenta con grandes medios de defensa en la lucha entablada. Las ventajas que pueden obtenerse en estos casos, son por una parte, la evacuación del foco séptico y quizá su supresión, y por otra producir, quizá á causa de la intervención operatoria, una gran leucocitosis que sea capaz de restablecer el equilibrio que no existía.

Debe insistirse mucho en vulgarizar este medio de investigación clínica, facilitando la técnica para que los que no disponen de grandes medios de laboratorio, puedan realizarla.

El método que sigo, consecuente con este modo de pensar, es el siguiente:

Recoger sangre de la pulpa de un dedo bien limpio, picando con lanceta : dos gotas bastan para todo el examen. Se recoge primero con la pipeta del hemoglobinómetro de Sahli para medir la hemoglobina. Después, en una pipeta Zeis-Thoma para contar hematíes y en otra del mismo, para leucocitos en los líquidos conservadores correspondientes tan conocidos. Estas pipetas pueden obturarse por medio de un ligueta de goma, que las abarca de punta á punta, de tal modo que se conserva en ellas la sangre recogida durante cuatro ó cinco días, sin alteración globular, cosa muy útil, cuando no se puede hacer el recuento inmediato.

Por último, se preparan dos ó tres porta-objetos manchando muy ligeramente su centro con sangre recogida con el borde de otro porta, para hacer preparaciones secas. Estas se fijan primero, sumergiéndolas medio minuto en ácido crómico al 7 por 100; lavar y secar al aire, y colorear con la solución triácida de Erhlich, una y otra con eosina-hemateína ó azul. Fijando con el crómico, hay que colorear durante quince ó veinte minutos para que tomen bien el color los núcleos.

Este procedimiento es sencillísimo como se ve y no se precisan estufas ni aparatos, ni mucho tiempo para realizarle. Claro está, que cuando se pretenden estudios detallados de estructura, etc., hay que recurrir á los métodos de fijación por el calor á 120° y otros, pero para los fines clínicos es muy suficiente lo indicado.

El Dr. *Depage* (de Bruselas, ponente) (*Conclusiones*): 1.ª La hematología ha adquirido una gran importancia en clínica; los resultados que suministra deben ser coordinados con los otros datos obtenidos por los diversos modos de exploración. Sólo en casos excepcionales adquiere un valor patognomónico.

2.ª La combinación de las diferentes propiedades de la sangre aumenta su valor semeiológico cuando cada uno de los datos no tiene aisladamente significación absoluta.

3.ª La hematología es útil sobre todo para el diagnóstico diferencial y para el pronóstico.

4.ª El volumen de la masa total de la sangre tendría un gran interés si fuera posible evaluarle de una manera práctica.

5.ª El aumento de la red fibrinosa es un signo de inflamación; falta en las leucocitosis de las afecciones malignas.

6.ª La alcalinidad de la sangre disminuye de un modo pasajero en las infecciones y en las intoxicaciones agudas, y curables de un modo progresivo si la enfermedad es morta

7.ª La dosificación de los elementos químicos de la sangre no tiene importancia práctica.

8.ª La crioscopia de la sangre no suministra indicación alguna formal en pro ó en contra de una nefrectomía; indica, por el contrario, la agravación de los estados urémicos.

9.ª El análisis químico del suero sanguíneo suministra ciertos datos interesantes: presencia de peptona en los sarcomatosos, y al contrario en los carcinomatosos; aumento notable de la cantidad de glucosa en la sangre de los diabéticos y de los carcinomatosos, disminución en la tuberculosis, falta en el sarcoma, etc.

10. El serodiagnóstico de Widal puede ser positivo en las afecciones no eberthianas extra-intestinales, y excepcionales en los padecimientos debidos á otros microorganismos; es á veces muy tardío y excepcionalmente negativo en los casos de tifoidea confirmada.

11. La hematocrisis no tiene importancia práctica.

12. La hemoglobinometría tiene un valor clínico considerable; el límite inferior del cual la narcosis está contraindicada, es sin embargo, muy baja. El hemoglobinómetro de Tallquist es bastante práctico. El índice colorimétrico es un buen dato diferencial entre la anemia debida á una hemorragia y la anemia perniciosa.

13. La basofilia es constante en el cólico saturnino; no se observa en la apendicitis y es rara en otras enfermedades.

14. La yodofilia es una reacción muy sensible, cuya intensidad no guarda relación con la gravedad de la enfermedad; es un signo de inflamación, no de supuración; su falta en los casos de hipertermia post-operatoria excluye la posibilidad de una infección de la herida.

15. La hiperleucocitosis es proporcionada á la reacción orgánica no á la virulencia del agente infectante. Las causas más variadas pueden aumentar de un modo considerable el número de glóbulos blancos.

Las modificaciones cualitativas de la fórmula leucocitaria tienen mayor significación que los cambios del número total de los glóbulos.

La eosinofilia, aunque no de significación patognomónica, diferencia bastante bien una anemia debida á los anquilostomas de otra esencial, un quiste hidatídico de un tumor maligno.

La leucopenia sirvió para diferenciar la fiebre tifoidea en la apendicitis, antes de la existencia del serodiagnóstico; una hiperleucocitosis polinuclear brusca en el curso de una fiebre tifoidea, es un indicio importante y precoz de perforación; lo mismo acontece en el caso de contusiones abdominales con ruptura intestinal subparietal. La reaparición de las eosinofilias es un signo favorable en la declinación de las afecciones agudas.

16. El valor clínico de la bacteriemia es nulo en cuanto al pronóstico; desde el punto de vista del diagnóstico es real cuando los resultados son positivos y mínima si el análisis da una respuesta negativa.

El Dr. *Sonnenburg* (de Berlín, ponente) manifestó que en el estado actual de la ciencia, el examen de la sangre por los métodos físicos es de importancia relativa. Lo que debe hacer el cirujano es apreciar la leucocitosis y descubrir los gérmenes morbosos en la sangre.

La leucocitosis revela de una manera sensible la reacción del organismo y la intensidad de la infección; depende del origen del proceso infeccioso. Las inflamaciones del peritoneo y del apéndice determinan reacciones leucocitarias sensibles y típicas. Sin embargo, los datos no adquieren valor más que cuando se les compara con los otros síntomas clínicos.

Una leucocitosis intensa, con síntomas difusos ó nulos, llama la atención del cirujano; una temperatura elevada sin leucocitosis notable es un signo de mal pronóstico; en cambio, la leucocitosis elevada con síntomas clínicos graves, es de buen augurio. Sin embargo, la reacción leucocitaria que adquiere con rapidez una intensidad grandísima, puede ser signo de una terminación fatal.

Conviene no olvidar que otros factores, por ejemplo, ciertas medicaciones, la anestesia clorofórmica, el acto operatorio, etc., pueden influir sobre la leucocitosis.

Esta puede resolver el diagnóstico entre el ileus paralítico post operatorio y una peritonitis incipiente, entre un cólico saturnino y una apendicitis, etc.

El diagnóstico bacteriológico de la sangre adquiere importancia cuando el origen de la infección es dudosa; decide si la operación está indicada ó si es ya demasiado tarde para practicarla.

Su importancia pronóstica es grandísima: por ejemplo, los neumococos encontrados en la sangre en los casos de apendicitis ó de peritonitis hacen el pronóstico más benigno.

El Dr. *W. W. Keen* (de Filadelfia, ponente) saca de su experiencia personal las conclusiones siguientes:

1.ª El examen de la sangre es un buen medio de diagnóstico.

2.ª La hematopexia en la fiebre tifoidea es lenta al principio, rápida al final, lo que explica la frecuencia de la gangrena á la terminación de esta enfermedad.

En estado normal, la hematopexia se produce entre los tres y los diez minutos. Cuando tarda más en producirse, hay peligro de hemorragia grave después de la operación. La ictericia no influye, al parecer, sobre la duración de la coagulación. La tiroidina produce resultados excelentes en la hemofilia.

3.ª La crioscopia no suministra indicación precisa alguna.

4.ª La yodofilia suministra una buena indicación para el diagnóstico diferencial entre el reumatismo y la osteomielitis, la tuberculosis, la supuración sin importancia. Combinada con el examen leucocítico, tiene un verdadero valor pronóstico en la peritonitis y en las consecuencias operatorias desde el punto de vista de la formación del pus.

5.ª La disminución del 40 por 100 en la hemoglobina es una contraindicación para la anestesia general.

6.ª La leucocitosis depende de la acción microbiana y de la reacción orgánica. Puede faltar en los casos de abscesos perfectamente limitados.

La falta de leucocitosis puede ser de gran utilidad para el diagnóstico de la fiebre tifoidea.

7.ª La eosinofilia intensa es un signo casi cierto de triquinosis reciente, probablemente de quiste hidatídico.

8.ª En las afecciones abdominales, apendicitis, fiebre tifoidea, etc., el examen leucocitario suministra indicaciones de gran utilidad unido al examen general; este último indica más bien la acción; y la leucocitosis la reacción.

9.ª Es, además, un buen medio de diagnóstico entre el cólico simple y la apendicitis.

El Dr. *Peuguier* (de Amiens) dijo que en dos casos de esplenectomía por esplenomegalia, observó que la sangre extraída del pulpejo del dedo, era más abundante en polinucleares que la del bajo. Del bazo al pulpejo del dedo, pasa por el hígado y la hipertrofia hepática es quizá la consecuencia de una acumulación de polinucleares que se fijan en esta víscera y originan la transformación conjuntiva ó epitelial.

El Dr. *Rouffart* (de Bruselas) manifestó que en los procesos no inflamatorios la reacción hematológica es debida principalmense á la anemia. En la infección puerperal no hay aún fórmula que precise las indicaciones de la histerectomía.

El Dr. *Legrand* (de Alejandría) dijo que en 22 abscesos del hígado, 14 iban acompañados de leucocitosis de 16 á 32.000. La hiperleucocitosis es común en los abscesos hepáticos.

El Dr. *Gross* (de Nancy) indicó que en las cuarenta y ocho horas que siguen á una operación, ha observado aumento en los elementos azoados de la orina, sobre todo bases xánticas y ácido úrico; este aumento es debido á la desasimilación de las nucleínas de los glóbulos blancos. La hipnosis ó leucocitosis intensa indica la reacción enérgica de un organismo robusto. La leucocitosis débil resulta de un proceso morboso poco importante ó de una reacción insuficiente de un organismo afectado gravemente.

Tratamiento de la hipertrofia prostática. — El Dr. *L. von Rydygier* (de Lemberg, ponente) se limitó á recomendar el procedimiento de prostatectomía parcial por la vía perineal descrito en el *Congreso de cirujanos polacos* (Cracovia, 1900): introduce una sonda metálica en la uretra, incinde el periné en la línea media, reseca después porciones más ó menos considerables de la próstata, *sin abrir la uretra*, excepto para desaguar la vejiga ó extraer á la vez un cálculo. Con este método sencillísimo ha obtenido siempre resultados excelentes.

El Dr. *R. Harrison* (de Londres, ponente) se ocupó únicamente del tratamiento de la hipertrofia prostática desde el punto de vista clínico.

El *cateterismo*, practicado por el enfermo ó por un médico con las precauciones suficientes de asepsia, es un método excelente que debe preferirse siempre que su empleo sea eficaz y fácil.

Los *métodos quirúrgicos* están indicados: cuando el uso de la sonda es doloroso, cuando hay deseos frecuentes de orinar, cuando á pesar de las litotricias repetidas, los cálculos se forman con frecuencia en la vejiga, finalmente, cuando hay hematurias, el sueño está trastornado y sobrevienen síntomas graves de cistitis y de intoxicación urinosa.

La *prostatectomía perineal* disfruta poco favor en Inglaterra, y el Dr. Harrison la practica rara vez. Cree que la ventaja que algunos la atribuyen de permitir conservar los conductos eyaculadores, es bastante incomprensible, porque la ablación total de la próstata supone necesariamente la pérdida de las funciones genitales. Cree, además, el Dr. Harrison que la prostatectomía perineal origina casi siempre cierto grado de incontinencia.

La *prostatectomía transvesical* por el método de Freyer es el procedimiento electivo en la mayor parte de los casos: la operación se practica en pocos momentos, sin peligro de hemorragia y viendo perfectamente lo que conviene extirpar. A pesar del tacto y de la citoscopia, se encuentran muchas veces sorpresas al abrir la vejiga. La curación se obtiene siempre con facilidad asegurando un buen desagüe suprapubiano.

La *prostatectomía suprapubiana parcial* no suele producir buenos resultados y exige con frecuencia una segunda intervención. La mortalidad por el método suprapubiano y el perineal es casi la misma, es decir, del 10 por 100; si se excluyeran los «casos malos», sería mucho menor.

La *orquidectomía* y la *vasectomía* han impedido indudablemente en ciertos casos el aumento de volumen de la próstata; pero según parece, estos medios son incapaces de producir la atrofia de las gruesas masas de tejido prostático hipertrofiado. Algunos enfermos operados de vasectomía por hipertrofia de la próstata se encuentran desde hace diez años en buen estado, aunque se intervino cuando la obstrucción parecía inminente. Esta operación no debe, por lo tanto, ser desechada en los casos incipientes.

El Dr. *J. Rowsing* (de Copenhague, ponente) dijo que la hipertrofia prostática ha sido en estos años últimos objeto de tratamientos distintos, á veces irreflexivos. La operación de Bier y la de Bottini deben desecharse. En cambio, el Dr. Rowsing se opone enérgicamente á hacer de la prostatectomía el método ordinario de tratamiento. Es necesario, en efecto, convencerse de que no es sólo la hipertrofia la que debe tratarse, sino también los trastornos urinarios consecutivos; el 80 por 100 de los que padecen hipertrofia de la próstata, no experimentan inconveniente alguno. Conviene también tener en cuenta que la próstata, aunque esté hipertrofiada, desempeña un papel importante en la economía y que no conviene sacrificarla más que en caso de necesidad absoluta. Es necesario ensayar siempre el cateterismo metódico antes de recurrir á otra intervención. Este tratamiento es impotente de ordinario para curar la retención.

Ante el dilema «cateterismo perpétuo ó intervención» se procederá según el estado del músculo vesical: si se halla atrofiado, la prostatectomía tiene pocas ventajas y es preferible limitarse á los cateterismos *repetidos* y cuidadosos; pero si la próstata es muy voluminosa y sangra con facilidad, se recurrirá al desagüe suprapubiano por cistostomía.

Cuando el músculo vesical conserva la energía suficiente, es preferible una intervención quirúrgica al cateterismo perpétuo.

a) La *vasectomía* debe intentarse siempre que se trate de una hipertrofia prostática parenquimatosa muy avanzada. Está contraindicada en la hipertrofia esclerosa y en los casos de retención debida á la hipertrofia del lóbulo medio. En 70 casos personales, el Dr. Rowsing cuenta el 60 por 100 de curaciones, el 30 por 100 de mejorías y el 10 por 100 de fracasos; nin-

guna muerte operatoria; anestesia local; persistencia de la erección

b) El Dr. Rowsing practica la *prostatectomía parcial* en todos los casos de retención debida á la hipertrofia del lóbulo medio que sobresale en la vejiga, siempre que ésta no se halle muy infectada y la edad y el estado del enfermo no contraindiquen la intervención. Recurre siempre á la vía suprapubiana.

c) La *prostatectomía total*—de preferencia por el método de Freyer—está reservada á los casos en que hay motivos para sopechar la degeneración sarcomatosa ó carcinomatosa de la glándula y para aquellos otros en los que las hemorragias ó los abscesos exigen la intervención radical.

La prostatectomía parcial por vía suprapubiana es preferible, la mayor parte de las veces, á la total. La vía suprapubiana es más fácil, más rápida y más segura que la perineal; los peligros de infección y de lesiones de la parte posterior de la uretra y del recto son mucho menores.

d) La *cistostomía suprapubiana* está indicada: 1.°, cuando la vasectomía fracasa ó cesa su influencia; 2.°, en los casos en que una infección grave de la vejiga exige el desagüe minucioso y continuo; 3.°, cuando la prostatectomía, aunque oportuna, débe ser desechada á causa de sus peligros; 4.°, en los casos de parálisis vesical, si el cateterismo por la uretra es imposible ó muy difícil. De 51 enfermos operados por el Dr. Rowsing, sólo murieron dos (en los que fué necesario recurrir á la anestesia clorofórmica).

El Dr. *Legueu* (de París), cree que la prostatectomía total está contraindicada en absoluto en las retenciones completas crónicas. Cuando la próstata es pequeña y el individuo obeso, elige la vía hipogástrica.

El Dr. *Hartmann* (de París), considera como única y eficaz la prostatectomía total y prefiere la vía transvesical. Ha operado así 58 prostáticos con el 9 por 100 de mortalidad; los resultados lejanos son muy satisfactorios.

El Dr. *Castier* (de Lille), prefiere en general la prostatectomía perineal.

El Dr. *Demosthen* (de Bucarest), ha operado con éxito por el método de Poncet (uretra hipogástrica) á un enfermo afectado de retención.

El Dr. *Frendenberg* (de Berlín), fundándose en una estadística personal de 152 casos, se declaró partidario de la operación de Bottini.

El Dr. *Verhoogen* (de Bruselas), elige la vía suprapubiana para las próstatas salientes en la vejiga y la perineal para las que se desarrollan hacia el recto.

El Dr. *Kummell* (de Hamburgo), practica de preferencia la prostatectomía transvesical con oclusión de la vejiga. En las intervenciones por la vía perineal, la raquiestovainización es utilísima. Ha obtenido muchas veces resultados satisfactorios por la castración.

El Dr. *Albarrán* (de París), cree que las operaciones parciales y las que recaen sobre los órganos sexuales dan resultados incompletos y prefiere por lo tanto la prostatectomía total. La vía perineal es más ventajosa á causa de la facilidad del desagüe, excepto en los casos de próstata saliente en la vejiga ó de periné engrosado que predisponen á las fístulas.

El Dr. *Jaffé* (de Posen), recomendó la operación de Bottini en las prostatitis dolorosas con calambres del esfínter. Para las prostatectomías prefiere en general la vía suprapubiana.

El Dr. *Giordano* (de Venecia), cree que antes de recurrir á una intervención más radical, debe intentarse la operación de Bottini. Para la prostatectomía prefiere la vía perineal.

Diagnóstico de las afecciones quirúrgicas del riñón. — El Dr. *Albarrán* (de París, ponente), hizo un estudio crítico de los procedimientos modernos de exploración renal.

A) Examen del conjunto de la función renal.

1.° El análisis químico, continuado durante varios días, demuestra la disminución progresiva de los principios normales en las pielonefritis crónicas, y la de los salinos en la tuberculosis renal.

2.° La densimetría y el estudio de la toxicidad urinaria, tienen poco valor; la crioscopia de la sangre es poco práctica; cuanto á la de la sangre, las fórmulas de Claude y Balhazard, dan resultados que concuerdan en el 67 por 100 de los casos.

3.° El estudio de la eliminación del azul de metileno debe ser tomada en consideración.

4.° La glucosuria floridzica evaluada en la totalidad de la orina, tiene poco valor.

Lo importante es la concordancia de los resultados en estos diversos procedimientos de investigación.

B) *¿Los síntomas son provocados por el riñón ó por otro órgano?* Para descubrir la existencia de un tumor renal, debe fundarse en los síntomas clínicos y en el examen separado de los dos riñones.

C) La cistoscopia y el cateterismo demuestran *si la lesión es renal* ó vesical, y en el primer caso, cuál de los dos riñones está enfermo.

D) *¿Las lesiones son bilaterales?* Recurrir á la poliuria experimental y al examen separado de la orina de cada riñón obtenida por el cateterismo uretral.

E) ¿Cuál es el valor funcional de cada uno de los riñones?

a) *Valor funcional de un riñón aislado.* No es posible obtener datos seguros respecto á la integridad del riñón, sino resultados de una precisión suficiente por los medios que siguen:

1.° Recoger la orina de dos en dos horas.

2.° Observar la cantidad, el punto Δ, hacer el análisis químico.

3.° Hacer las pruebas de la floridzina y del azul de metileno.

4.° Hacer el examen microscópico de la orina.

5.° Hacer la prueba de la poliuria experimental.

La concordancia de los resultados tiene un gran valor.

b) *Valor funcional comparado de los dos riñones.*

1.° En general, en el lado enfermo, la cantidad de orina es menor y el Δ más débil.

2.° La permeabilidad del riñón para las materias colorantes da resultados rápidos, pero aproximados.

3.° En el lado sano se observa de ordinario Δ V más fuerte y más variable, mayor cantidad de cloruros y de fosfatos, más abundancia en la eliminación del azul de metileno y en la glucosuria floridzica, funcionamiento menos uniforme.

c) *¿Uno de los dos riñones es suficiente para asegurar la función?* No es posible fundarse en la prueba de la poliuria experimental.

El Dr. *Kummell* (de Hamburgo, ponente), puso de manifiesto la importancia de los puntos siguientes:

1.° La falta de sombra en una radiografía bien hecha, excluye la presencia de cálculos renales.

2.° El único procedimiento para obtener la orina de un riñón, es el cateterismo uretral; si este es imposible, no debe extirparse un riñón hasta después de la nefrotomía temporal.

3.° El mejor ureteroscopio es el de Schlagintweit modificado por el autor; los separadores intravesicales no dan resultados seguros.

4.° La prueba de la floridzina da resultados satisfactorios.

5.° La crioscopia de la sangre *bien hecha* es importantísima; en las personas de riñones sanos, es casi siempre 0°,56, á veces 0°,57, en casos excepcionales 0°,58. En las afecciones renales unilaterales sin trastorno de la función total, el punto crioscópico de la sangre no se modifica.

El Dr. *Giordano* (de Venecia, ponente), cree que los métodos antiguos de investigación clínica no deben desecharse; permiten establecer el diagnóstico con más seguridad que los nuevos.

El cateterismo ureteral aunque más exacto, es menos práctico que la separación vesical á veces suficiente.

La conductibilidad eléctrica y la lipolisis son poco prácticas; la cromatoscopia, la glucosuria floridzínica y la poliuria experimental, merecen ensayarse.

El Dr. *Legueu* (de París), cree que la desviación intravesical es suficiente para el diagnóstico.

El Dr. *Kapsammer* (de Viena), dijo que el cateterismo ureteral es el procedimiento preferible.

El Dr. *Hartmann* (de París), manifestó que la palpación es el mejor método de exploración. Para la separación de la orina prefiere la división intravesical con el aparato de Luys al cateterismo de los uréteres.

F. Toledo.

(*Continuará*).

PERIÓDICOS

Tratamiento de la tuberculosis. — El Dr. Behring ha leído un trabajo interesantísimo, uno de los más importantes presentados al *Congreso de la tuberculosis* que acaba de celebrarse en París. Según el profesor alemán, existe un principio *curativo* completamente distinto del antitóxico. Este nuevo principio curativo desempeña el papel esencial en la inmunización de la «vacuna bovina» del Dr. Behring. Dicho principio, se funda en la impregnación de las células vivientes del organismo por una substancia procedente del virus de la tuberculosis, á la que llama T. C. Cuando la T. C. forma parte integrante de las células del organismo de los animales tratados por ella, y ha sido metamorfoseado por éstas, la da el nombre de T. X.

En el bacilo de la tuberculosis la T. X., ó mejor dicho, la T. C. preexis-

te como un agente dotado de un gran número de cualidades extraordinarias. Este agente desempeña en el bacilo tuberculoso el papel de substancia formadora. Posee, además, propiedades *fermentativas* (y en particular, *catalíticas*). Puede fijar por elección otras substancias, y está dotado también de propiedades *asimiladoras*. En la inmunización de los bóvidos contra la tuberculosis, la T. C. de los bacilos ejerce una acción simbiótica en el interior de las células orgánicas, en particular, en los elementos celulares que derivan de los centros germinativos del tejido linfático. La presencia de la T. C., es la causa de una parte de la hipersensibilidad á la tuberculina de Koch, y de otra de la reacción protectora contra la tuberculosis.

Para dejar libre la T. C. de las substancias que impiden su acción terapéutica, conviene distinguir tres grupos de substancias bacilares:

1.° Una substancia *soluble sólo en el agua pura*, y que está dotada de una acción fermentativa y catalítica. De esta substancia soluble en el agua derivan las partes tóxicas de la tuberculina de Koch. Esta substancia posee todas las cualidades cromófilas, físicas y químicas de la *volutine* descrita por el botánico A. Meyer. Behring la llama T. V. Para dar una idea de su poder tóxico, basta decir que *un gramo* de esta substancia, en estado seco, es más enérgico que *un litro* de tuberculina de Koch.

2.° Una substancia globulinosa, soluble sólo en una sal neutra (por ejemplo, el cloruro de sodio al 10 por 100); á esta substancia, que es tóxica á la manera de la tuberculina de Koch, la llama T. G. L.

3.° Varias substancias *no tóxicas*, solubles únicamente en alcohol, éter, cloroformo, etc.

Una vez libre el bacilo tuberculoso, de estos tres grupos de substancias, queda un cuerpo al que el Dr. Behring llama *restbacillus*.

El restbacillus tiene la forma y las cualidades tintóreas de los bacilos tuberculosos. Por medio de preparaciones convenientes, puede ser modificado y convertirse en una *substancia amorfa*, absorbible directamente por las células linfáticas. La substancia amorfa, es elaborada y metamorfoseada por las células linfáticas que se hacen oxifilas ó eosinófilas. La inmunidad del organismo sigue una marcha paralela á las metamorfosis de las células bajo la influencia de la T. C. Esta no es reproducible, aunque sí capaz de producir el tubérculo, pero este tubérculo ni sufre la degeneración caseosa ni se reblandece. La T. C., que preexiste en los bacilos tuberculosos, puede ser elaborada *in vitro*, y constituye un remedio inofensivo para combatir la tuberculosis.

El Dr. Behring terminó manifestando, que publicará acerca de este asunto un libro cuando la eficacia y la inocuidad de su nuevo remedio hayan sido comprobadas por clínicos competentes.

(*La Presse Medicale*, 7 octubre 1905). — F. Toledo.

Nuevos tipos morbosos de neuralgias, de neurosis y de reumatismo.—El doctor Julio Weiss, de Viena, trató de este asunto en el último Congreso alemán de Medicina interna.

Estados patológicos que en otro tiempo se consideraban simples, se ha visto después que se podían descomponer en varios estados patológicos diversos. Este hecho se ha confirmado de un modo muy evidente en las tres

formas patológicas que se conocen con el nombre de neuralgias, neurosis y reumatismo. La tendencia á crear «unidades nosológicas» y á darles carácter de permanencia, se manifiesta de un modo muy ostensible en la enfermedad de Bernhardt-Roth. La comprobación de casos completamente típicos de este género justifica porfectamente la creación de la entidad patológica que se conoce con el nombre de neuralgia parestésica. En diversas partes del cuerpo se observan neuralgias de naturaleza desconocida. Una de ellas se encuentra como tipo patológico especial en la zona del choque del latido cardíaco. En el dominio de las neurosis hay que admitir también la creación constante de nuevos estados patológicos. Como tales, hay que considerar los estados de opresión (agorafobia) en los que se puede comprobar como factor etiológico común la *abstinencia sexual*. Como forma independiente de reumatismo articular, existe un estado patológico crónico muy notable, caracterizado por intervalos libres de dolores, que alternan con ataques agudos y violentos, estado que demuestra que la infección blenorrágica puede permanecer adormecida por muchos años para reaparecer de nuevo manifestándose en las articulaciones.

También se dan casos de reumatismo crónico sin afecciones articulares y cuya base anatómica son lesiones histológicas típicas en el tejido celular subcutáneo y en los músculos. Presenta localizaciones muy características en la inserción del músculo deltoides, en el músculo trapecio, en la región sacra, etc.; simula á menudo la neuralgia ciática y se la atribuye sin razón una etiología artrítica.—(*Zentralblatt für innere Medizin*).—R. DEL VALLE.

Empleo del glucocolato de sosa en las enfermedades del hígado. — El glucocolato de sosa está indicado en todas las enfermedades en que hay toxemia, y en casi todos los casos de insuficiencia hepática. En la nutrición defectuosa por absorción insuficiente de la grasa este medicamento hace engordar al enfermo. Está indicado, sobre todo, en los cólicos hepáticos, en los cálculos biliares y en el estreñimiento crónico; en los cólicos hepáticos, puede considerarse casi como un específico. La dosis es de 30 centígramos, tres veces por día, aunque pueden administrarse 45 sin producir náuseas. Como este medicamento se acumula en el organismo por absorberse en el intestino al ser eliminado con la bilis, es preciso suspender de cuando en cuando su administración. En los cólicos hepáticos debe administrarse durante varios meses. El enfermo debe tomar unos 4 gramos por mes como profiláctico. En la insuficiencia hepática, el glucocolato de sosa está indicado como estimulante del hígado. En la arterio-esclerosis combinado con las sales inorgánicas del plasma sanguíneo en su debida proporción disuelve la colesterina de los depósitos ateromatosos, mientras que las sales indicadas disuelven é impiden el precipitado de las sales de calcio. Está indicado también en la diabetes, en la que es preciso aumentar la absorción de las grasas para sustituir á los hidratos de carbono y en la tuberculosis en la que, según Ruosel, el síntoma predominante es el hambre de grasa.

(*The New. York. Med. Journal*, 30 septiembre 1905). — F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UN CASO DE OSTEOMALACIA TRATADO POR LA OVARINA

POR EL DOCTOR

D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico del Hospital Provincial de Madrid y Académico de la Real de Medicina.

La osteomalacia es, seguramente, una enfermedad rarísima en España. Ni en los artículos extranjeros que se ocupan de la distribución geográfica de este proceso morboso, se cita á nuestra Nación ó á alguna de sus regiones, ni he leído ninguna observación española, lo cual no quiere decir que pretenda poseer toda nuestra literatura y no comprenda que pueden habérseme escapado aquéllas, pocas desde luego, que se hubiesen publicado. Además, y en apoyo de la referida rareza, puedo afirmar que, en mi no breve carrera médica, incluso la época de estudiante, no he visto otro caso que el que me va á ocupar, el cual habla también en su favor, puesto que la enferma no era española.

Trátase, en efecto, de una mujer soltera, y de veintiocho años, natural de Argelia, que vino á España, domiciliándose directamente en Madrid, á la edad de trece años. La primera menstruación la tuvo á los dieciocho, es decir, cinco años después de vivir en esta Corte, y siempre fué indolora y con todos los demás caracteres de duración, cantidad y color normales. A los veintidos años, esto es, cuatro después del primer período menstrual, comenzaron á manifestarse los primeros fenómenos patológicos de la osteomalacia.

Según refería la enferma, en dicha edad y en el acto de la marcha se veía atormentada por intensos dolores agudos, que localizaba en los maleolos de las dos extremidades y en la articulación coxofemoral y cresta ilíaca derechas, dolor que no iba acompañado, en

ningún momento ni ocasión, de edema y que desaparecía totalmente y en absoluto cuando estaba en reposo.

Al año siguiente, ó sea á los veintitrés, sufrió una caída sin consecuencias dignas de mención y después un proceso febril, que fué calificado de calenturas gástricas y que la obligó á permanecer en cama y con fiebre unos cuarenta y cinco días. En plena convalecencia de este padecimiento agudo, cuando ya se levantaba, observó que los dolores que antes tanto la molestaban en el acto de la marcha, no sólo persistían, sino que aumentaban de intensidad y extensión, puesto que habían ganado la articulación coxofemoral y la cresta ilíaca izquierdas. Todavía el reposo, en esta época, constituía el mejor calmante de sus sufrimientos.

En cambio, desde los veinticuatro á los veintiocho años, observó que los dolores se extendían á otras regiones y que el efecto analgésico del reposo no era duradero, que se le deformaba el tórax y la pelvis, que disminuía de talla y que las menstruaciones se retardaban y disminuían en cantidad y en coloración. Tan característica era esta sintomatología en el día de su ingreso (16 de abril de 1902) en nuestra enfermería del Hospital (sala 26, núm. 12), que se imponía el diagnóstico de osteomalacia.

En efecto; la enferma se quejaba de dolores intensos, profundos y casi constantes en gran parte del esqueleto, dolores que exacerbaban los movimientos, que á duras penas la permitían sostenerse en pié y que la atormentaban de igual modo de día que de noche. Estaban localizados en las regiones dorsal y lumbar de la columna vertebral, en las costillas y esternón, en los húmeros, en los ilíacos y en los fémures. Según las horas y decúbito adoptado por la enferma, la intensidad de los dolores predominaban en una ú otra de las regiones en que se encuentran los huesos mencionados. Por esta razón encontraba un gran alivio cuando se la cambiaba de posición, alivio que, en honor á la verdad, duraba muy poco tiempo en esta época. Es de advertir que nunca se quejó de análogos dolores en la cabeza, región cervical de la columna vertebral, antebrazos, manos, piernas y piés, y que todas las articulaciones estaban normales. La presión directa de aquellos huesos provocaba agudos dolores y la exploración descubría extraordinarias deformidades.

Entre éstas, las que llamaban más la atención, por lo exageradas, eran: la cifosis de la región dorsal, la agudeza del ángulo sacrolumbar, el achatamiento de los planos anterolaterales del tórax, prominencia del esternón y descenso enorme de las costillas, hasta

el punto de que los últimos pares de éstas descansaban sobre las crestas ilíacas, las cuales á su vez estaban desviadas hacia afuera, mientras que la sínfisis pubiana sobresalía extraordinariamente hacia adelante, en forma cónica, ó, mejor aún, en forma de quilla. Estas deformidades, y en particular la cifosis acompañada del contacto de la caja torácica á la coraza ósea pelviana, explican perfectamente que la talla de la enferma, con relación á seis años antes, hubiese disminuído de 5 á 6 centímetros.

Cuando ingresó en nuestra clínica contaba dos faltas menstruales y en el último período la sangre fué muy escasa en cantidad, muy descolorida y sólo de dos días de duracion. La exploración abdominal del aparato utero-ovárico no despertaba ninguna clase de dolor.

Los demás aparatos orgánicos, digestivo, respiratorio, circulatorio y urinario, normales. Los reflejos rotulianos estaban exagerados y el sueño era frecuentemente interrumpido por los dolores; no existía muy acentuado enflaquecimiento, aunque las masas musculares eran blandas y estaban disminuídas de volumen, comparadas con las de años antes, según la enferma. El signo de Latzko, contractura de los adductores del muslo, era muy evidente.

La enferma estuvo sometida á un tratamiento tónico general (aceite de hígado de bacalao, preparados de cal, etc.), y se recomendó la más variada y nutritiva alimentación que permite el Hospital, desde el día de su ingreso hasta últimos de noviembre, es decir, durante seis meses. En todo este tiempo no se obtuvo ninguna mejoría evidente; sólo se consiguió que la menstruación no faltara ningún mes, aunque era de poca duración y cantidad y tan descolorida como antes.

Desde el día 27 de noviembre de 1902 al 5 de marzo de 1903, es decir, durante más de tres meses, tomó como única medicación la *ovarina*, preparada expresamente para esta investigación por el reputado Director del Laboratorio de Ciencias médicas de Barcelona, el Dr. D. Ramón Turró, á quien me complazco en enviar público testimonio de mi gratitud, por todas las atenciones con que me ha distinguido

A mediados de diciembre de 1902 ó sea al mes próximamente de tomar la ovarina, se le resbalaron las muletas y cayó al suelo y se fracturó el femur derecho en la unión del tercio medio con el inferior; la fractura fué incompleta y sin dislocación de fragmentos y se consolidó en poco tiempo, hasta el punto de que al mes del acci-

dente podía tenerse en pié, sin dolor en el muslo correspondiente, y caminar con ayuda de las muletas.

Durante el período de la medicación opoterápica, se observó, además de la rápida consolidación de la fractura, disminución muy marcada de los dolores, y de un modo más particular de los localizados en el tórax y columna vertebral; podía permanecer algunas horas seguidas en el mismo decúbito en la cama sin que la atormentaran los dolores (lo cual permitía un sueño más prolongado y tranquilo) y estos no eran tan intensos ni aparecían con la misma brusquedad durante la marcha. No obstante, debemos dejar consignado que los dolores pelvianos y los localizados en los muslos, tal vez habían aumentado de intensidad, aunque sólo algunos días. Otro de los efectos observados durante la administración de la ovarina consistió en la normalización del período menstrual, en regularidad, cantidad y color y en las ganancias globulares indudables obtenidas por el líquido hemático. Aunque no se analizó la sangre de la enferma antes de someterla á este tratamiento, bien se puede suponer, teniendo en cuenta su estado general, que el análisis no hubiera arrojado las cifras que arrojó pocos días antes de cumplir el mes que tomaba la ovarina, las cuales son: 5.200.000 hematíes y 80 por 100 de hemoglobina; los glóbulos blancos estaban bastante aumentados, puesto que llegaban á 13.200 y aunque se veían algunos leucocitos con granulaciones eosinófilas, eran éstos tan escasos que podía afirmarse que no había eosinofilia. De las modificaciones observadas en el líquido urinario, nos ocuparemos después, en parágrafo aparte, puesto que fueron objeto de una investigación especial.

Terminado el ensayo opoterápico, se la prescribió el ácido fosfórico, el cual tomó, con pequeñas interrupciones, desde el día 6 de marzo de 1903, hasta primeros de junio del mismo año. En este período, de unos tres meses, la enferma mejoró muy ostensiblemente, mucho más que con la ovarina, puesto que, además de continuar con las menstruaciones normales, los dolores casi habían desaparecido, hasta el punto de que sólo se quejaba de vez en cuando de un dolor tolerable en forma de cinturón y localizado en la base del tórax; había recobrado muchas fuerzas, se sentía más fuerte y más ágil y llegó á caminar sin ayuda de ningún género.

Cuando nos disponíamos, al verla tan mejorada, á practicar una investigación urinaria, análoga á la que se hizo cuando tomaba la ovarina, para poseer elementos comparativos de juicio que pudieran aclarar la obscura patogenia del padecimiento y orientar acerca

del preferible camino terapéutico, la enferma contrajo el tifus exantemático y se la trasladó al Hospital de epidemias el día 17 de junio y allí falleció el día 29, sin que, desgraciadamente, pudiéramos ni intentar hacer la autopsia.

***

Tal es el resumen patológico de la osteomalácica que ocupó la cama núm. 12 de nuestra clínica y que tuvimos el gusto de que fuera atentamente examinada por el ilustre Profesor de la Facultad de Medicina de París, Dr. Brissaud, cuando honró nuestra enfermería con su visita.

Con objeto de conocer prácticamente, por una parte, la característica urinaria de esta enfermedad, y, por otra, las modificaciones que pudiera tener bajo la acción de distintas medicaciones, y en particular de la opoterápica, se practicaron una serie de análisis de orina en el Laboratorio del reputado químico y doctor en Farmacia, D. Enrique Ortega y Mayor, cuyos resultados vamos á exponer á continuación. Es de advertir, para claridad de la exposición y para evitar repeticiones, que el primer análisis de orina, que llamaremos preliminar, se hizo un mes antes de la medicación opoterápica; que, durante esta medicación, el primero se practicó un mes después de comenzada y los sucesivos cada ocho, diez ó doce días; y que, durante la medicación fosfórica, se procedió del mismo modo, esto es, se practicó el primero un mes después de comenzada la medicación y se hicieron los sucesivos cada ocho ó doce días. Las cifras obtenidas se refieren siempre á la cantidad por litro de orina, no á la cantidad por veinticuatro horas de orina eliminada, puesto que la investigación de esta cantidad no se hizo con precisión ni regularidad.

Densidad. — En el siguiente cuadro, donde están inscritas las cifras de las densidades registradas, bien se echa de ver que tanto

Análisis preliminar.	Medicación por la ovarina. *Análisis.*									Medicación fosfórica. *Análisis.*		
	1.°	2.°	3.°	4.°	5.°	6.°	7.°	8.°	9.°	1.°	2.°	3.°
1020	1024	1015	1028	1028	1028	1030	1020	1022	1021	1020	1021	1019

durante la medicación tónica general (análisis preliminar) como durante la medicación fosfórica, las densidades de la orina estaban

comprendidas dentro de la más completa normalidad y, sobre todo, mientras se administró el ácido fosfórico, sin sufrir grandes oscilaciones, aunque con ligera tendencia al descenso; en cambio, durante la medicación ovárica hubo grandes oscilaciones, hasta el punto de que la máxima densidad llegó á ser doble de la mínima y se ve un predominio indudable de las densidades altas, como en las orinas glicosúricas.

ÁCIDO FOSFÓRICO

Análisis preliminar.	Medicación por la ovarina. *Análisis.*									Medicación fosfórica. *Análisis*		
	1.°	2.°	3.°	4.°	5.°	6.°	7.°	8.°	9.°	1.°	2.°	3.°
1'81	1'92	1'51	1'68	2'16	2'81	2'76	1'47	1'79	1'77	1'89	1'54	1'87

Dedúcese de estas cifras que la cantidad mínima del ácido fosfórico eliminado corresponde al análisis preliminar y á la época de la medicación por el mismo ácido, mientras que, durante la medicación opoterápica, la eliminación fosfórica, si se exceptúan los análisis 2.° y 7.°, que dieron una cifra inferior á la correspondiente al 2.° que se hizo durante la última medicación, es siempre bastante elevada, superior desde luego á las cifras obtenidas durante las otras medicaciones, y en algunos análisis (5.° y 6.°) hasta ha llegado á ser superior á la cantidad considerada como máxima normal.

CLORURO SÓDICO

Análisis preliminar.	Medicación por la ovarina. *Análisis.*									Medicación fosfórica. *Análisis.*		
	1.°	2.°	3.°	4.°	5.°	6.°	7.°	8.°	9.°	1.°	2.°	3.°
12'97	18'49	5'88	11'65	12'52	14'62	16'86	9'68	11'41	12'14	13'97	16'18	11'95

Excepto en el segundo análisis correspondiente á la medicación opoterápica, en que la cantidad de cloruro sódico se mantuvo dentro de la normalidad, en todos los demás, como se ve en el cuadro precedente, las cifras de dicha sal son superiores á las fisiológicas y alguna (análisis 6.°) llega á ser más del duplo de la máxima normal.

Mientras se administró la ovarina, se observaron grandes oscila-

ciones en la cantidad de cloruro sódico, puesto que á esta época corresponde la máxima y la mínima del conjunto de análisis que comprende todo el cuadro, resultando aquélla con respecto á ésta casi cuatro veces mayor. De todos modos, debe observarse que de los nueve análisis practicados, en seis, ó sea en los dos tercios, el cloruro sódico se encuentra en cantidad inferior al análisis preliminar y, aunque no con todo rigor, á los análisis correspondientes á la medicación fosfórica.

ÁCIDO ÚRICO

Análisis preliminar.	Medicación por la ovarina. *Análisis.*									Medicación fosfórica. *Análisis.*		
	1.°	2.°	3.°	4.°	5.°	6.°	7.°	8.°	9.°	1.°	2.°	3.°
0'18	0'15	0'19	0'22	0'20	0'46	0'81	0'05	0'26	0'28	0'12	0'81	0'06

En tesis general, el ácido úrico se mantuvo siempre en cifras inferiores á las fisiológicas, llegando á límites extremos, por la cantidad insignificante, en uno de los análisis (7.°) correspondiente á la medicación ovárica y en el tercero correspondiente á la fosfórica. Las únicas excepciones (dos) en que la cantidad de ácido úrico fué superior á la normal y aun la duplicó, se observaron durante el curso de la medicación opoterápica.

UREA

Análisis preliminar.	Medicación por la ovarina. *Análisis.*									Medicación fosfórica. *Análisis.*		
	1.°	2.°	3.°	4.°	5.°	6.°	7.°	8.°	9.°	1.°	2.°	3.°
16'71	18'37	16'95	28'27	26'48	32'44	36'21	24'03	27'08	23'30	20'11	18'29	19'92

En el análisis preliminar y en el segundo correspondiente á la medicación opoterápica, la cantidad de urea fué inferior á la normal; en los tres análisis correspondientes á la medicación fosfórica, las cifras obtenidas entran de lleno dentro de la media fisiológica; pero en los otros análisis efectuados durante la administración de la ovarina, la cantidad de urea, ó se acerca á la máxima normal, ó la traspasa y llega á cifras muy altas, como en los análisis 4.°, 5.°, 6.° y 8.°

Amoníaco libre y glucosa.—En ninguno de los análisis se encontraron estas substancias en la orina.

Albúmina.—Ni en el análisis preliminar, ni en los tres correspondientes á la medicación fosfórica se descubrió la presencia de este cuerpo en la orina. En cambio, durante la medicación ovárica, el análisis delató indicios de albúmina en seis de los nueve que se practicaron.

Acidos y pigmentos biliares.—De ácidos biliares sólo se encontraron indicios en los dos primeros análisis de los tres que se hicieron durante la medicación fosfórica; nunca se encontraron durante la opoterapia, ni en el análisis preliminar.

Indicios de pigmentos biliares se encontraron en la mayoría de los análisis; sólo faltaron en cuatro correspondientes á la medicación ovárica y al tercero de la medicación fosfórica.

Acido láctico.—Es de advertir que esta substancia y las siguientes, ácido oxálico y ácido carbónico, no fueron investigadas en el análisis preliminar. En todos los análisis, pues, consta la presencia de indicios de ácido láctico, menos en el primero correspondiente á la opoterapia.

Acido oxálico.—En ningún análisis se descubrió la presencia del ácido oxálico, excepto en el último que se practicó, correspondiente á la medicación fosfórica. Entonces se encontraron, no sólo indicios de dicho ácido, sino que también se descubrieron en el sedimento de la orina correspondiente algunos cristalitos de oxalato cálcico.

ÁCIDO CARBÓNICO

	Medicación por la ovarina. *Análisis.*									Medicac. fosfórica. *Análisis.*		
	1.°	2.°	3.°	4.°	5.°	6.°	7.°	8.°	9.°	1.°	2.°	3.°
Gramos de ácido carbónico.	0'141	0'108	0'271	0'0596	indicios	0'042	0'051	0'060	0'878	0'188	0'080	0'089
Equivalencia en gramos de carbonato sódico.....	0'889	0'260	0'658	0'1485	»	0'101	0'128	0'144	0'899	0'882	0'072	0'090

Despréndese de la lectura de las cifras precedentes, la afirmación de que el ácido carbónico se encontró constantemente en todos los análisis; que durante la medicación ovárica tuvo grandes oscilaciones la eliminación de dicho ácido, pasando de simples indicios á

la elevada cifra de 37 centígramos, equivalentes á poco menos de un gramo de carbonato sódico; y que durante la medicación fosfórica hubo marcada tendencia al descenso, registrándose las cifras más bajas de la totalidad de los análisis, hecha excepción de aquél en que sólo se descubrieron indicios.

Resumiendo los resultados obtenidos y concretándonos á los efectos observados durante la medicación ovárica, objeto principal de este artículo, se puede concluir: 1.°, que durante la administración de la ovarina, la densidad de la orina aumenta y llega, en ocasiones, á ser superior á la máxima normal; 2.°, que la cantidad de ácido fosfórico sigue casi correlativamente las mismas oscilaciones que la densidad y, por lo tanto, que también aumenta su eliminación y traspasa algunas veces el límite máximo fisiológico; 3.°, que la eliminación del cloruro sódico, aunque tiene grandes oscilaciones durante esta medicación, está generalmente disminuída; 4.°, que la cantidad de ácido úrico suele ser inferior á la mínima fisiológica, aunque alguna vez hasta llega á duplicar la máxima; 5.°, que la eliminación de urea aumenta casi siempre y en ocasiones llega á cifras muy elevadas; 6.°, que durante la opoterapia ovárica se descubren con frecuencia indicios de albúmina en la orina, no se encuentran ácidos biliares y los indicios de pigmentos biliares tienen tendencia á desaparecer; 7.°, que los indicios de ácido láctico pueden considerarse como constantes, lo propio que la falta de ácido oxálico; y 8.°, que la presencia de carbonatos es constante, generalmente superior á un decígramo y alguna vez acercándose á un gramo.

Ahora bien; estas conclusiones á que permite llegar la investigación llevada á cabo en *un solo caso de osteomalacia*, ¿autorizan para suponer que en todos los casos sucederá lo mismo? Creemos firmemente que no, aunque el aumento observado en la eliminación de ácido fosfórico y de nitrógeno coincida con los datos expuestos por Senator en la Sociedad de Medicina de Berlín (sesión del 17 de enero de 1897), cuando dió cuenta de los resultados obtenidos en un caso análogo, es decir, en una osteomalácica que había sometido á la acción de la ovarina.

De todos modos, aunque el *caso único* no autorice racionalmente á generalizar, no por ello pierde ni un ápice de su valor en todo cuanto con él está relacionado.

Sabido es que la decalcificación ósea en la osteomalacia se había atribuído á una anómala producción de ácidos, cuya fuente origi-

naria se encontraría en el mismo canal medular, y han sido con tal motivo incriminados el ácido láctico, el ácido oxálico y el ácido carbónico.

Como se habrá visto, de nuestra observación se desprende que la cantidad de ácido láctico encontrada en la orina no ha pasado de simples indicios, cantidad que actualmente se considera constante en toda orina normal; que el ácido oxálico, por excepción, sólo se pudo descubrir una sola vez y en proporciones indosificables; por lo tanto, aquél por su proporción fisiológica y éste por su accidental y rara presencia, inclinan el ánimo á pensar que está muy lejos de ser cierta la intervención primordial de estos ácidos en la patogenia del padecimiento. Tal vez no pueda decirse otro tanto del ácido carbónico, cuya presencia constante en la orina de nuestra osteomalácica, y cuya disminución evidente durante el tratamiento fosfórico, que fué el que mejoró de un modo más ostensible á la enferma, hablan más bien en apoyo de la intervención directa de este ácido, como factor patogénico y como extraño que es á la composición normal de la orina. De todos modos, no nos atrevemos á ser muy categóricos en afirmaciones, porque, racionalmente pensando, parece que en estas enfermas tendría que coincidir la mejoría con la disminución de las pérdidas calizas, y en el caso referido por Senator (*Loc. cit.*) sucedió todo lo contrario, esto es, la mejoría coincidió con el aumento en la excreción de cal; y como este hecho también se ha observado en algún otro caso, citado por el mismo autor, conviene ser algún tanto parcos en conclusiones definitivas, que podrían rectificar observaciones ulteriores.

En plena discusión el mecanismo *químico* del reblandecimiento óseo, pensando unos que el ácido láctico, actuando sobre el fosfato y el carbonato de cal, formaría lactatos solubles que arrastrarían el sedimento mineral de los huesos al exterior, inculpando otros al ácido oxálico y los de más allá á un exceso de ácido carbónico, hubo de pensarse en interrogar al mecanismo *biológico*. No me refiero al hablar de éste, ni á los esquizomicetos osteolíticos de Kehrer, todavía hipotéticos, ni á los microorganismos de la nitrificación, en cuya dudosa existencia en la osteomalacia se apoya la teoría de Petrone, sustentada por Arcangeli (*Soc. Lancisienne de los Hosp. de Roma*, marzo 1895), ni á las recientes investigaciones experimentales que Charrin y Moussu (*Acad. des sc. de París*, 2 mayo 1904) han hecho respecto á la inoculación de la osteomalacia, valiéndose de la médula ósea de animales que padecían esta enfermedad; me refiero al

verdadero mecanismo *biológico* causante de aquella *alteración química*, cuya resultante es la blandura del esqueleto, esto es, al punto de partida orgánico, á las alteraciones de tejidos y funciones que llevan aparejadas, como consecuencia, la producción anómala ó excesiva de tal ó cual ácido, ó la pérdida, por parte de los huesos, de la facultad de retener ó la de absorber las sales de cal. En una palabra, sea cual fuere el íntimo proceso químico que lleva á la bancarrota la mineralización ósea, ¿en dónde nace el primer impulso patológico y merced á qué perturbación funcional se altera aquel quimismo óseo, alteración que conocemos en su estática (anatomía patológica) y que aún dudamos respecto de su dinámica?

En esta pregunta se concreta el aspecto *biológico* á que me refiero, y como en tantas otras de difícil contestación, por falta de datos exactos y de racionales orientaciones, la casualidad fué la mensajera encargada de descorrer parte del velo que ocultaba entre sus pliegues la contestación anhelada, ó cuando menos, la encargada de señalar el camino que conduce á la resolución del problema.

En efecto; la gran frecuencia de la osteomalacia en las mujeres que han tenido embarazos, hasta el punto de constituir el 71 por 100, según Wetzel (*Munch. med. Woch.*, núm. 32, 1899), y la no menor frecuencia en esta enfermedad de la imprescindible intervención operatoria en el acto del parto, enseñaron que las osteomalácicas embarazadas á quienes se practicaba la operación de Porro, mejoraban rápidamente de sus dolores y se consolidaba con no menor rapidez el esqueleto.

Ante esta insinuante y sugestiva enseñanza que la casualidad puso en mano de los cirujanos, Fehling se creyó autorizado para practicar la castración en la osteomalacia, y llevó á cabo el acto operatorio por primera vez en 1887, operación que fué seguida del más lisonjero éxito (véase Bernheim, *Med. Mod.*, núm. 95, 1895).

Esta confirmación práctica de las relaciones patogénicas supuestas entre los ovarios y la osteomalacia y los éxitos sucesivos obtenidos en otros casos por el mismo autor (1), dispusieron los ánimos á aceptar este acto operatorio como un tratamiento eficaz del padecimiento. Y, en efecto, los excelentes resultados obtenidos en 1901 por von Velits (2), en 1893 por Seeligmann (3), y por Winckel (4), en

(1) Fehling: *Arch. f. Gynec.*, t. XLVIII, f. 3, 1895.
(2) Velits: *Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäk.*, t. XXIII, f. 2.
(3) Seeligmann: *Centralbl. f. Gynäc*, nº 28, 1893.
(4) Winckel: *Samm. l. klin. Vorträge*, 1893.

1894 por Truzzi (1), en 1895 por Polgar (2), y por Rossier (3), en 1900 por Latzko (4), en 1901 por Hollander (5) y en 1903 por Fochier (6), demuestran de un modo irrefutable que existe una relación íntima entre los ovarios y la osteomalacia, relación que es difícil de puntualizar con toda exactitud, sobre todo si se tienen en cuenta algunos casos de castración no seguidos de éxito, como uno referido por Latzko (7), y el más interesante todavía de Guéniot (8), referente á una osteomalácica á quien practicó la operación cesárea conservadora, esto es, sin extirpación de útero ni de ovarios, enferma que curó tan completamente que, habiéndose quedado embarazada otra vez, se pudo limitar á hacer la sinfisiotomía para llevar á feliz término el parto. De todos modos, y á pesar de las reservas prudenciales á que obligan estos casos, que representan la excepción de la regla general, justo es consignar que las investigaciones experimentales hechas en perras por Curatulo y Tarulli (9), explican perfectamente la intervención patogénica de los ovarios y hasta los éxitos obtenidos con la administración interna del ácido fosfórico.

La anatomía patológica habla también en favor de esta intervención patogénica, puesto que, cuando no se han encontrado ovarios quísticos, el examen histológico ha demostrado una degeneración hialina, algunas veces muy acentuada, de las paredes de los vasos de dichos órganos (Velits y Rossier). Si la causa, pues, de la osteomalacia se encuentra en un proceso patológico desarrollado en los ovarios, éstos representarían con respecto al mencionado padecimiento lo que el cuerpo tiroides al mixedema, lo que las cápsulas suprarrenales á la enfermedad de Addisson, lo que el páncreas á la diabetes flaca, lo que la hipófisis á la acromegalia, etc., y, por lo tanto, estaría de todo punto justificado el ensayo de la opeterapia ovárica. Tal fué el razonamiento que nos decidió á emplear la *ovarina* en la enferma de nuestra observación, no el conocimiento, que

(1) Truzzi: *Annali di Ost. e Ginec.*, noviembre 1894.
(2) Polgar: *Arch. f. Gynec.*, t. XLIX, f. 1, 1895.
(3) Rossier: *Arch. f. Gynec.*, t. XLVIII, f. 3, 1895; *Annales de Gynec. et d'Obst.*, septiembre 1895; Reunion des méd. suisses a Lausanne, sesión 3 mayo 1895.
(4) Latzko: Soc. de los méd. de Viena, sesión 23 marzo 1900.
(5) Hollander: Soc. de Medicina de Berlín, sesión 13 noviembre 1901.
(6) Fochier: Acad. de Medicina de París, sesión 14 abril 1903.
(7) Latzko: Soc. de los méd. de Viena, sesión 25 mayo 1900.
(8) Guéniot: Acad. de Medicina de París, sesión 14 abril 1903.
(9) Curatulo y Tarulli: *Centralbl. f. Gynäc*, nº 21, 1895.

posteriormente adquirimos al consultar la bibliografía de este asunto, de que Senator (*loc. cit.*) ya la había ensayado en 1897.

Sin detenernos en la crítica de las hipótesis lanzadas en el campo de la ciencia para explicar el cómo la lesión ovárica provoca la desmineralización ósea, no estará de más consignar que para Fehling (*loc. cit.*) nace en los ovarios un reflejo que excita los nervios vasodilatadores de los huesos y, en consecuencia, provoca una hiperemia pasiva, que á su vez es causa de que la sangre se cargue excesivamente de ácido carbónico, el cual, por su exceso, puede disolver, y disuelve según esta hipótesis, las sales de cal. Aunque la presencia constante de ácido carbónico en la orina de nuestra enferma parece que viene decididamente en apoyo de la opinión de Fehling, tal vez sólo corrobore la parte terminal ó puramente química de la trama hipotética, puesto que basta recordar el procedimiento tan recomendado de la hiperemia pasiva con objeto de facilitar la consolidación de las fracturas, para comprender que esta simple hiperemia pasiva no basta para explicar el fenómeno de la desmineralización. Para que ésta se verifique es necesario, además, como dice Virchow (en Vetzel, *loc. cit.*), que los huesos hayan perdido la propiedad de conservar las sales de cal.

Sea cual fuere, por lo demás, la hipótesis que algún día reciba de la experimentación la suma de pruebas necesarias para que se considere muy próxima á la verdad, lo que actualmente parece demostrado es que en la osteomalacia se reblandecen los huesos porque los ovarios están enfermos. Siendo esto así, parece racional la opoterapia ovárica; pero si se tiene en cuenta que la enfermedad se consigue curar extirpando por completo los dos ovarios, entonces el empleo de la ovarina carece de lógica, es una contradicción terapéutica.

Y, en efecto, comparando los resultados obtenidos experimentalmente en los animales con los obtenidos clínicamente en nuestra enferma, se comprueba esta contradicción que predice el razonamiento. En los experimentos hechos en el laboratorio de fisiología de la Universidad de Roma por Curatulo y Tarulli (*loc. cit.*), bajo la dirección de Luciani, se sirvieron de perras, á las que sometieron á un régimen especial hasta conseguir que la eliminación media de ácido fosfórico y de urea fuera una cantidad constante; conseguido esto, practicaron la extirpación de los ovarios, y los resultados obtenidos fueron: eliminación de urea igual al período de observación preoperatorio y eliminación de fosfatos sumamente dis-

minuída, hasta el punto de que una de las perras sólo eliminaba diariamente, y durante una observación de más de dos meses, 0'60 gramos de ácido fosfórico, siendo así que antes de la castración la cantidad diaria era de 1'50 gramos.

Como que dichos autores cuidaron minuciosamente de separar todas las causas de error que pudiéran enmascarar los resultados, concluyen que la extirpación de los ovarios determina una retención del fósforo, y suponen que dichos órganos tal vez desempeñen una función, además de la ovulación, que consista en elaborar y verter en el torrente circulatorio una substancia, de composición aún desconocida, que tendría la propiedad de oxidar los productos orgánicos que contuvieran fósforo, y, según sus propias palabras, «la ablación de los ovarios determina, en consecuencia, la acumulación de mayor cantidad de fósforo orgánico, de donde la mayor cantidad de sales de cal en forma de fosfatos de calcio y de magnesio, y finalmente, la reconsolidación de los huesos».

Podrá ó no ser cierta esta hipótesis propuesta por Curatulo y Tarulli para explicar los fenómenos observados, pero lo que no puede negarse es que la excreción de ácido fosfórico disminuye enormemente después de la castración.

Ahora bien; la contradicción terapéutica que representa la opoterapia ovárica, teniendo en cuenta que la osteomalacia cura extirpando los ovarios, encuentra un apoyo decidido y una demostración palpitante en el caso de nuestra clínica. En efecto; si entre las funciones del ovario hay una encargada de oxidar las substancias orgánicas fosforadas, se encontrará la *prueba* en que la extirpación ovárica vaya seguida de disminución en la eliminación de ácido fosfórico y la *contraprueba* en que la administración de una buena preparación de *ovarina* aumente dicha eliminación; la prueba encuéntrase en los experimentos de aquellos autores italianos y la contraprueba en nuestras investigaciones, puesto que, como se recordará, la cantidad de ácido fosfórico aumentó notablemente durante la administración de la ovarina, llegando en algunas ocasiones á traspasar el límite máximo fisiológico.

Si toda la patogenia de la osteomalacia quedara reducida á las modificaciones que sufriera el metabolismo de las substancias orgánicas que contienen fósforo, y en vista de la concordancia que hay entre aquellos experimentos y nuestras investigaciones, se podría predecir que la acción de la ovarina en la osteomalacia ha de ser perjudicial, ha de exagerar las manifestaciones morbosas del pro-

ceso. Y bien sabido es que no fué así, sino que la enferma mejoró sensiblemente, lo cual, unido á las diferencias que existen en la investigación de otras substancias, entre la experimentación animal y nuestra observación clínica, nos inclina á suponer la existencia de algún otro factor patogénico, además de la alteración del metabolismo fosfórico, y á pensar que tal vez no sea tan limitada, como supone dicha experimentación, la influencia del ovario sobre las funciones nutritivas en general.

La corroboración de este modo de pensar encuéntrase en dos hechos, no en dos hipótesis: 1.°, en los datos arrojados por los análisis de orina; y 2.°, en los resultados clínicos obtenidos.

Los datos arrojados por los análisis de orina demuestran que acompaña á la administración de *ovarina* el aumento de ácido fosfórico y de urea, la disminución de ácido úrico y de cloruro sódico, aunque las cantidades de estos dos cuerpos sufran grandes oscilaciones, y la presencia constante de ácido carbónico, lo cual parece indicar que no sólo aumenta la oxidación de los compuestos fosfóricos, sino de todos los cuerpos nitrogenados, contengan ó no fósforo (disminución de ácido úrico y aumento de urea), aumento de oxidaciones, que quizá sea más general y comprenda los compuestos ternarios (presencia constante de carbonatos), merced tal vez á la retención de ese gran agente metabólico conocido con el nombre de cloruro sódico. Si fuera esto así, como parecen indicarlo los datos recogidos, y fuera exacta la interpretación que damos á los fenómenos observados, entonces se podría afirmar que la *ovarina*, y por lo tanto el ovario, ejerce una acción importantísima en el organismo, la de intervenir directamente en uno de los aspectos más interesantes de la nutrición general: en la oxidación. Si en el fondo fuera cierta la hipótesis de Curatulo y Tarulli, sería cuando menos restringida y pecaría de limitada; se tendría que ampliar diciendo que la substancia elaborada y vertida en el torrente circulatorio por los ovarios favorece la oxidación intraorgánica, tanto de las substancias cuaternarias, fosforadas ó no, como de las ternarias.

Por otra parte, justo es consignar que la retención de grasa (substancia ternaria) en los animales castrados, en la mujer operada por doble extirpación ovárica, en la mujer en el período de la menopausia, y si ampliamos el concepto, por analogía, en el eunuco, hablan elocuentemente en pro de la acción oxidante que suponemos ejerce el ovario sobre los cuerpos ternarios, puesto que la desaparición de dichos órganos, y por lo tanto, de sus funciones, va acompañada

de una retención constante, y en algunos casos enorme, de los referidos cuerpos..

Los resultados clínicos obtenidos también vienen en apoyo de que la patogenia del padecimento es más complicada que lo que suponen los autores italianos citados. En efecto; dados los resultados que produce en la nutrición general la *ovarina*, demostrados por los análisis de orina, la administración de este producto tendría que ir seguida forzosamente de la agravación de la osteomalacia, *á no ser que con dicho producto introdujéramos en el organismo* algo *que le beneficiara*. Y como que nuestra enferma no se agravó, sino que mejoró, de ahí que sea lógico suponer que la *ovarina* contenía un *algo* provechoso para el organismo osteomalácico.

Por falta de datos racionales donde apoyar las hipótesis, no intentaremos explicar en qué consiste ese *algo* que las investigaciones futuras están obligadas á descifrar. De todos modos, permítasenos indicar que de todo lo expuesto se viene á deducir: que la osteomalacia es la resultante de una hiperfunción oxidante de los ovarios; que está demostrado, por otra parte, que existen lesiones degenerativas, algunas veces muy extensas, en los ovarios de las osteomalácicas; y que, por fin, hemos visto que nuestra enferma mejoraba con el uso interno de la ovarina. Ahora bien, ¿es posible armonizar estos tres postulados, que parece están en pugna unos con otros? Difícil es; pero creemos que se armonizarán el día que se demuestre en qué consiste aquel *algo* que actualmente es una incógnita sin despejar; entonces tal vez se descubra que las lesiones degenerativas no están localizadas en los elementos anatómicos encargados de favorecer la función oxidante, sino en los elementos anatómicos encargados de elaborar ese *algo* hipotético, lesiones que, por esta última localización, suspenderían la función de estos últimos elementos y, en cambio, excitarían la función de los primeros.

Si esta fuera la interpretación verdadera, entonces se explicaría fácilmente que la administración de la *ovarina* no fuera *perjudicial* ni *curara*, sino que fuera simplemente *beneficiosa*, puesto que, con el preparado opoterápico, ingresaría en el organismo ese *algo* que le falta por la lesión de determinados elementos anatómicos, pero como que dicho preparado no poseería la propiedad de curar esta lesión que excita la función oxidante localizada en otros elementos, el estado hiperfuncional de éstos continuaría sin el debido correctivo y tal vez coadyuvara á sostener dicho estado la composición de la misma *ovarina*.

La falta de pruebas nos impide seguir por este campo hipotético que, por lo menos, señala nuevas orientaciones á los futuros investigadores. Por el momento, y fundándonos en los datos y razonamientos expuestos, diremos en resumen: 1.°, que la osteomalacia parece ser la resultante patológica de una hiperfunción oxidante de los ovarios; y 2.°, que la osteomalacia puede mejorar, pero no curar, con el uso interno de la *ovarina*.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. SALPINGITIS QUÍSTICAS SUPURADAS, por el Dr. D. Antonio María Cospedal Tomé. Madrid, 1905.

II. LA GOTA. DIÁTESIS ÚRICA, por el Dr. J. Krakaner, de Viena, traducida por el Dr. D. Eduardo Toledo y Toledo. Madrid, 1905.

I

Acerca de este interesantísimo tema ha discurrido el Dr. Cospedal en un trabajo leído en el acto de la recepcion pública como Académico numerario de la Real Academia de Medicina, y es natural que clínico de tan reconocidos méritos desarrolle el asunto con esa competencia y valor científico que le presta su dilatada práctica en la especialidad. Constituye el trabajo un juicio sereno, exacto y justo de lo que son y cómo debe tratarse esta clase de salpingitis, valorado por una estadística explicativa de su estudio, y en la cual constan 41 curaciones en 55 casos tratados.

El elogio que nosotros le habíamos de tributar con mucha justicia está en la contestación que en su discurso expresa el Dr. D. Eugenio Gutiérrez.

Ambos trabajos constituyen un capítulo interesantísimo de ginecología práctica, por ser tratado con la brillantez que era de esperar de dichos notables profesores.

Es de creer que la bondad que aquí consignemos reflejando nuestro juicio, está refrendada por la unánime opinión de cuantos hayan leído estos trabajos, útiles en extremo para todos los médicos,

y sobre todo para los ginecólogos, que en ellos encontrarán apreciaciones clínicas de garantía indiscutible.

Reciban ambos nuestra más cordial felicitación.

II

Ha sido muy acertada la idea del Dr. Toledo, de traducir un trabajo como éste, en el que de modo claro y con carácter científico se da á conocer lo que es la diátesis úrica. Es preciso que en la patología no persistan confusiones, mezclas, equivocadas interpretaciones de hechos patológicos, y por esto son plausibles cuantos esfuerzos se hagan en este sentido, publicando sus impresiones nuestros clínicos, traduciendo los buenós trabajos extranjeros. Por eso, la traducción del que publica en Viena el Dr. J. Krakaner, debe ser acogida con aplauso.

En él se define bien la naturaleza de la diátesis úrica, señalando á la gota articular franca el tipo fundamental de dicha diátesis. En sucesivos capítulos se estudia la orina y el diagnóstico de la diátesis úrica; su etiología; diferentes formas y síntomas (gota, gota reumática ó reumatismo gotoso, reumatismo crónico, cálculo vesical y las manifestaciones de la diátesis úrica á ella unidas, mal de Bright y lesiones vasculares, angina de pecho, ateroma, degeneración grasa del corazón, catarro pulmonar, dermatosis, litiasis biliar, alteraciones en los dientes y uñas, glicosuria, manifestaciones en el sistema nervioso), todo, en fin, cuanto á tan vastísima sintomatología se refiere, expuesto con extraordinaria claridad por lo detallado.

Termina este trabajo con un capítulo dedicado al tratamiento dietético y farmacológico, dando á conocer los efectos obtenidos por el uso de la uricedina, de grandes ventajas por su fácil empleo y segura acción terapéutica.

Esta es la publicación del Dr. Krakaner, que se lee con tanto provecho.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Dos casos de hernia crural estrangulada. — El Dr. M. Panizo, publica en la *Revista Médica de Sevilla*, los casos siguientes:

«El día 6 de agosto fuí llamado para asistir en el Viso del Alcor, á una mujer de cuarenta y ocho años de edad aproximadamente, que hacía cinco días presentaba síntomas de una hernia crural estrangulada en el lado derecho, con vómitos estercoráceos, palidez del rostro, ojos hundidos, facies estuporosa, lengua seca y afilada, pulso pequeño miuro, frialdad general más acentuada en las extremidades de la nariz y orejas, acompañados estos síntomas de un estreñimiento pertinaz. Preguntada, manifestó que nunca se había notado nada en la región crural afectada y que hacía cinco días notó en dicho sitio la presencia de un bulto pequeño, doloroso al tacto, empezando por tener al principio vómitos biliosos y estreñimiento, convir tiéndose los vómitos tres días después en estercoráceos.

Los ilustrados compañeros del pueblo D. Diego León y D. Eugenio Burgos, que asistieron á la enferma, en la consulta que tuvimos me manifestaron que desde el primer momento diagnosticaron la estrangulación de la hernia, y que sometieron á la paciente al tratamiento general consistente en baños calientes locales y generales, al uso de purgantes oleosos, nieve y demás medios que se emplean incluso la taxis sin obtener resultado, porque si bien observaron que el tumor herniario había disminuído de volumen y aun casi desaparecido, en cambio seguían los síntomas de estrangulación por lo que propusieron á la familia, al segundo día de visitar á la enferma, la conveniencia de la operación que no fué aceptada, y aunque ellos insistieron en lo indispensable que se hacía la intervención, por haber fracasado los medios puestos en práctica, ésta no se llevó á cabo hasta los cinco días después que fuí avisado. En efecto, previa anestesia de la enferma por el Sr. Burgos y ayudándole el Sr. León, procedí á la intervención, encontrando en la región crural derecha un asa intestinal encerrada en un pequeño saco peritoneal y adherida en toda su circunferencia al saco que tuve que despegar con los dedos después de abierto el saco herniario y fijado con dos pinzas de Pean.

Una vez desprendida el asa del saco, extraje una buena porción de asa intestinal encontrándola de color obscuro, en una extensión de 10 centímetros y gangrenada con una placa de 5 centímetros, amenazando perforar el intestino la ulceración de color de hojas secas que tenía, por lo que fué preciso resecar dicha porción esfacelada y suturar los dos extremos de intestino con catgut por el método Lambet. Lavé después con solución de cloruro de zinc al décimo, despegué el saco herniario de sus adherencias con el anillo, desbridé éste, y después de abundantes irrigaciones con agua bórica muy caliente, introduje el intestino en la cavidad abdominal, hice

la sutura del anillo y del saco, así como de las paredes abdominales y colocado el apósito, fué la enferma trasladada á su cama, tardando en reaccionar unas cuantas horas, falleciendo al día siguiente de colapso, á pesar de los medios puestos en práctica para combatirlo.

A los pocos días fuí avisado de la calle Padre Marchena para ver un enfermo de sesenta años, que según me manifestó, aquella misma mañana muy temprano fué á la plaza de abastos y volvió á su casa aquejando un gran dolor en la región inguinal izquierda, y un abultamiento, duro del tamaño de una nuez, con vómitos biliosos, pulso pequeño y deprimido, facies contraidas, frialdad, etc., en una palabra, con todos los síntomas locales y generales de una hernia inguinal estrangulada. Como la enferma anterior, nunca se había notado tal hernia ni sentido molestia de ninguna clase en la región citada. Empecé por decir á la familia que se trataba de una hernia estrangulada y que convenía un tratamiento quirúrgico si fallaban los medios que le dispuse, que fueron baño general caliente, enemas, algo de taxis, pues en esto conviene ser muy prudente. Por la noche encontré al enfermo peor, pues los vómitos biliosos habíanse vuelto estercoráceos y la situación era grave, por lo que volví á insistir en la necesidad de operarlo aquella misma noche. Hubo la oposición é indecisión consiguiente en la familia, porque querían que yo les garantizase el éxito de la operación, y como esto no podía ser dada la gravedad del caso, quedaron en que por la mañana decidirían. En efecto, al día siguiente trasladaron al enfermo al Hospital y lo operé, encontrando casi lo mismo que en la enferma del Viso, si bien el esfacelo del asa intestinal era menor, por lo que no tuve necesidad de resecar el intestino, hice la desinfección con la solución de cloruro de zinc al décimo, y una sutura perdida á fin de dejar enterrada la placa esfacelada entre la serosa, procediendo después á la sutura por planos, y á la colocación del apósito. Como la anterior, sucumbió al día siguiente, siendo ineficaz cuantos medios fueron puestos en práctica.

Descritos á la ligera estos dos casos de hernia, cabe preguntarnos : ¿Serían antiguas ó recientes estas hern as? Dada la edad de estos enfermos, lo delgados que eran y la dilatación que encontré en los anillos crural de la una, é inguinal del otro, es seguro que eran hernias viejas que entraban y salían por el anillo con facilidad y como eran pequeñas, lo que en los libros se dice puntas de hernias, no es de extrañar que los enfermos no se diesen cuenta.

Pero llega un momento que por tal ó cual causa, el intestino y su saco se inflaman, y ya ni pueden salir ni entrar en la cavidad, la exudación de los vasos aumenta, y á modo de goma ó cola, quedan pegados intestino y saco al anillo, el saco á las partes blandas periféricas y se constituye la estrangulación con todo su cortejo de síntomas locales y generales. Se aconseja hacer la taxis con moderación, sin intentar á viva fuerza reducir el intestino á su cavidad, sino suavemente, anestesiando al enfermo, etc., y si no da resultado, la operación de la quelotomía.

En estos dos enfermos con vómitos estercoráceos, la taxis no hubiera dado resultado, imponiéndose la intervención quirúrgica que debe ser precoz é inmediata. Cuando la taxis, los baños calientes y demás medios fracasan, transcurridas unas cuantas horas, debe operarse sin esperar á los vómi-

tos estercoráceos, porque entonces no es la operación ni el colapso post operatorio lo que mata, no, lo que mata al enfermo es la estercoremia, porque desde el momento que hay estrangulación, atascamiento, etc., el intestino está paralizado y empieza la reabsorción y la intoxicación estercorémica.

Yo llegué tarde desgraciadamente en mi primera enferma, y en el segundo también, por esas dilaciones de la familia y también por lo poco acostumbrados que estamos á las intervenciones precoces. Aún la cirugía de urgencia no ha entrado de lleno en nuestras costumbres y estamos en minoría los que aconsejamos la intervención inmediata, porque ni podemos garantizar el éxito tratándose de una cosa tan grave como una hernia estrangulada, pues aun operadas á tiempo, sucumben los enfermos, no sólo por la estercoremia, sino por el «locus minoris resistentiæ», por ese «quid divinum», de las fuerzas individuales, pero eso nunca debe ser el motivo para que debamos intervenir siempre y no esperar á la presentación de los vómitos, porque entonces, con quitar el obstáculo no conseguiremos nada, pues el enfermo fallece víctima del envenenamiento estercorémico.

Si operé esos enfermos fué porque nunca deben perderse las esperanzas, porque he operado algunos en esas condiciones y se han salvado; el 1 por 1.000 se curan á pesar de la estercoremia, pero la regla general es que sucumban, y por eso no debe nunca diferirse la operación. Repito que nunca debe dejarse la operación como último recurso, porque esto ocasiona muchas víctimas, y aunque se comprende la repugnancia y el miedo que los enfermos tienen al acto operatorio, entiendo que es de nuestro deber y de conciencia aconsejarles la operación, y no perder un tiempo precioso en tentativas de taxis, en baños y cataplasmas, etc., porque estos medios si no dan resultado en los primeros momentos, deben inspirarnos poca ó ninguna confianza. Como dicen muy bien los cirujanos modermos y el sentido común práctico, toda hernia estrangulada debe ser operada acto continuo, siendo preciso que todo médico deberá saber hacer la quelotomía aun en aquellos lugares más apartados, porque ocurre con alguna frecuencia que los que nos dedicamos á la práctica quirúrgica somos llamados demasiado tarde, y en muchas ocasiones cuando ingresan los enfermos en el hospital vienen ya con estercoremia y gangrena del intestino». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesiones de los días 3 y 10 de Octubre de 1905 (1).

Extirpación del estómago por cáncer de la corvadura menor.—El Dr. Bœckel: Unido este caso que he tenido ocasión de operar y que ha curado en tres semanas, á otras observaciones analógas que he podido reunir, permiten deducir que: 1.°, de 21 casos ha habido once recidivas, siete antes del segundo año y cuatro entre dos años y cuatro meses y cinco años; 2.°, dos defunciones sin recidiva después de siete meses y medio y dos años; y 3.°, ocho supervivencias cuya duración es, en dos, de un año, en cinco, entre dos años y medio y cinco años y, en uno, desde hace once años. Estos resultados, si se exceptúan los tres ó cuatro últimos casos, están seguramente lejos de ser muy brillantes; pero si se tiene en cuenta que todas estas intervenciones se han verificado en enfermos en que el cáncer se encontraba en un período muy avanzado, no se me negará seguramente que los resultados obtenidos hasta aquí, deben impulsarnos á perseverar en estas tentativas de operación radical.

En realidad, toda la cuestión se encierra en hacer el diagnóstico del cáncer gástrico lo más pronto posible, y en este sentido deberán dirigirse especialmente nuestras investigaciones. Reconocido el proceso, atacaremos resueltamente el tumor practicando la ablación total del estómago, operación que dará algunas probabilidades de supervivencia y hasta de curación radical á los desgraciados que, sin ella, están destinados á una muerte segura, merced á la evolución fatal de una enfermedad reconocida hasta aquí como incurable.

Dos casos de pleuresía mediastínica, una purulenta y otra gangrenosa, tratadas y curadas por la toracotomía. — El Dr. Fernet: Estas dos observaciones corresponden á dos médicos: el primer caso he sido yo mismo y el segundo uno de mis antiguos discípulos. En uno y otro caso la causa original de la pleuresía mediastínica ha sido un foco infeccioso de la superficie del pulmón izquierdo, foco situado sin duda en la cara interna del lóbulo superior, cerca del espacio interlobular. El germen infeccioso, piógeno en el primer caso en que la enfermedad primitiva era una neumonía, y pútrida en el segundo en que la enfermedad primitiva era una gangrena del pulmón, ha desarrollado una pleuresía con derrame invadiendo toda la pleura mediastínica izquierda y penetrando en el espacio interlobular y en la pleura diafragmática sin participación de la gran cavidad pleural.

(1) Primeras del curso académico actual.

¿Existen condiciones anatómicas ó fisiológicas que expliquen esta localización particular? No lo sé, pero me lo hace suponer la identidad de sitio y de localización en nuestras observaciones y en otras análogas. El diagnóstico de estas pleuresías mediastínicas no está exento de grandes dificultades; los síntomas subjetivos y las alteraciones funcionales pueden hacer pensar en su existencia, pero sólo por medio de una investigación atenta de los signos físicos se puede encontrar una zona limitada de macicez y falta del ruído pulmonar, que permiten creer en un derrame y disponen á su investigación. En nuestros dos casos esta zona estaba situada cerca de la columna vertebral á la altura del espacio interlobular; cuando sea practicable el examen radioscópico, tendrá un inmenso valor para indicar el sitio, la extensión y los límites del derrame, y en nuestras observaciones ha servido cuando menos para demostrar los resíduos de la enfermedad y fijar un diagnóstico retrospectivo.

Los dos casos han sido operados por el mismo procedimiento; siguiendo las indicaciones dadas por Quénu, después de la punción exploradora positiva, una amplia incisión vertical practicada entre el omoplato y la columna vertebral y la resección de dos fragmentos de costillas, permiten alcanzar la pleura del mediastino, incindirla y desaguarla. En el segundo caso, en que el derrame era pútrido, las inyecciones repetidas de suero calentado de caballo, siguiendo el método inaugurado por Raymond-Petit, han determinado la más favorable modificación en los caracteres del foco infeccioso y en los fenómenos tóxicos que eran su consecuencia.

Infección é intoxicación por las carnes y sus relaciones con ciertas enfermedades infecciosas del hombre. — El Dr. Babès: Las nuevas investigaciones acerca de las intoxicaciones provocadas por las carnes de animales que padecen ciertas enfermedades infecciosas, merecen toda nuestra atención. Es necesario preguntarse si toda una serie de enfermedades humanas como el paratifus, ciertos casos de fiebre tifoidea, la disentería, diferentes casos de cólera nostras, enteritis, septicemias, infecciones hemorrágicas, infecciones bronquiales, pulmonares, gastro-intestinales, hepatitis de origen obscuro, la enfermedad de Weill, mielitis infecciosas (en las cuales hemos encontrado microbios que por sus caracteres morfológicos y de cultivo, por su patogenia y por su toxicidad se asemejan al grupo de Gætner) y paratíficos, no acusan con frecuencia un origen animal. En todo caso, el serodiagnóstico se impone en todas estas enfermedades, empleando con este objeto, no sólo el bacilo de Eberth, sino que también el paratífico A y B y los dos tipos de Gætner.

Con la relación de causa á efecto, entre algunas de estas enfermedades importantes del hombre y la alimentación por ciertas carnes, no es dudoso que al mismo tiempo también se encontrara la profilaxia racional y tal vez el tratamiento de estas enfermedades.

Urgencia de la investigación oficial y metódica de los tuberculosos pulmonares desde el punto de vista de la preservación social.—El Dr. Vidal: Esta investigación tiene que abarcar todas las condiciones favorables que dependen de la organización actual de la sociedad.

Hé aquí las que nosotros conocemos: A las nodrizas, á los niños al ingresar en las Escuelas públicas ó privadas, á los discípulos de las Escuelas

profesionales ó de otra clase, privadas ó públicas, se les debiera pedir un certificado en el que se hiciera constar el estado de sus pulmones. Con el mismo objeto debieran ser registrados todos los aspirantes á las Administraciones del Estado y anualmente todos los empleados en estas Administraciones; desde el mismo punto de vista debieran ser examinados anualmente todos los reclutas, y en los centros populosos todos los que concurren á las consultas gratuítas que funcionan en los dispensarios públicos ó privados, en los hospitales, etc.

La ejecución de este plan sería tal vez algo oneroso, pero indudablemente disminuiría los gastos que los tuberculosos, llegados á tísicos, ocasionan en nuestros Establecimientos hospitalarios.

Tratamiento del lupus ulcerado por la helioterapia. — El Dr. Vidal: En un caso de lupus ulcerado, en otro de úlceras ganglionares tuberculosas del cuello, en otro de artritis tuberculosa de las dos rodillas y en otro de artritis secas con higromas crónicos y generalizados, hemos obtenido la curación merced á la helioterapia, cuando el aire marino, el calor y la buena alimentación habían fracasado. Estas curaciones son en bien escaso número, para garantizar la eficacia absoluta del sistema, pero nos anima para rogar á nuestros colegas que lo experimenten, puesto que es de una aplicación fácil, no cuesta nada y sus resultados no deben parecernos extraordinarios, puesto que se han descubierto en los rayos solares el helium y el radium.

Codina Castellví.

VIII CONGRESO FRANCÉS DE MEDICINA

Celebrado en Lieja los días 25, 26 y 27 de Septiembre de 1905.

(Continuación)

El régimen declorurado.—El Dr. Widal (Ponente): *Práctica de la cura de decloruración.*—La cura de decloruración no es más que el tratamiento del síndrome de la retención clorurada. Con ello no se puede pretender curar todos los accidentes de las nefritis, pero permite combatir y prevenir ciertas complicaciones temibles que por sí solas pueden determinar la muerte del enfermo. En los individuos en estado de retención clorurada, llena dos indicaciones distintas: sustraer al organismo la sal y el edema que le sobra, y después, una vez esto conseguido, instituir un régimen cuya cloruración esté relacionada con el grado de permeabilidad renal del enfermo para la sal. No es sólo un régimen dietético; es, además y al mismo tiempo, la prueba de elección que permite juzgar en un bríghtico el grado de permeabilidad de los riñones para los cloruros.

Cuando se comienza el tratamiento de un bríghtico, con ó sin edema aparente, conviene comenzar por pesarle y por someterle al régimen declorurado estricto. El peso primitivo comparado con los que se obtendrán diariamente después, permitirá juzgar de los efectos de la cura y del grado de hidratación aparente ó invisible del enfermo. En un individuo sometido á un régimen que no contiene más que la sal de composición de los alimentos,

se consigue saber siempre con facilidad la cifra de los cloruros ingeridos; si el enfermo está sometido al régimen lácteo, la cuenta es fácil de hacer; basta saber la cantidad absorbida y recordar que 1 litro de leche contiene poco más ó menos 1 gramo 60 centígramos de cloruros; si el enfermo está sometido al régimen alimenticio mixto suficiente á su ración de entretenimiento, se puede admitir, como se sabe, que absorbe alrededor de 1 gramo 50 centígramos de cloruros naturales; si la ración es exigua, reduciendo á 1 gramo los cloruros ingeridos, se tendrá una cifra suficientemente aproximada para hacer el balance clínico.

En ciertos enfermos, desde el primer día del régimen, la disminución del peso ya es manifiesta y continúa en los días siguientes, lo cual representa el índice de una permeabilidad relativamente buena; en otros la decloruración no se obtiene inmediatamente y el peso continúa entonces estacionario durante algunos días, oscilando algunos cientos de gramos alrededor de la cifra primitiva para no disminuir francamente hasta algunos días después del comienzo del régimen. La decloruración es en general más lenta y penosa en los enfermos que se levantan una parte del día; las decloruraciones rápidas no se observan más que en los enfermos que guardan cama.

La decloruración puede detenerse sin que pueda siempre conocerse la razón; algunas veces fracasa, como en los casos complejos ó en los enfermos que llevan desde hace mucho tiempo edemas cuando se han sometido al tratamiento. Cuando la decloruración sigue su marcha normal, es muy importante notar en la curva descendente del peso diario el de los pesos que corresponden á la desaparición del edema visible. Aún debe pensarse ir más allá con este tratamiento, y el peso de un hombre, tomado en estado anasárquico, debe descender algunos kilogramos para alcanzar el preedema. Si después de la deshidratación completa se ha observado que el peso continúa igual durante algunos días, se puede buscar en qué medida es posible declorurar el régimen tanteando prudentemente la permeabilidad renal del enfermo. Desde ese punto de vista, cada caso tiene sus indicaciones especiales y puede decirse que cada brighítico tiene su fórmula de decloruración.

Se comienza por permitir al enfermo que añada cada día á la composición de sus alimentos la pequeña dosis rigurosamente pesada de 3 gramos de sal. Si el peso del enfermo curado de su hidropesía no sufre ningún aumento ó si el análisis demuestra que la cantidad suplementaria es regularmente eliminada, se puede elevar la dosis progresivamente hasta 5 gramos y algunas veces hasta 8 y 10; pero es necesario continuar por debajo de la dosis de tolerancia. Cuando la permeabilidad conseguida parece mantenerse durante largos períodos, si el enfermo no puede medir la sal añadida cada día á la preparación de sus alimentos, debe, cuando menos, elegir alimentos lo menos salados posibles, si quiere evitar el ser sorprendido por los ataques imprevistos de la impermeabilidad.

En los brighticos edematosos, los regímenes declorurados bastan con frecuencia, sin ninguna intervención terapéutica, para suprimir los edemas, pero en ciertos períodos puede ser necesario precipitar la expulsión de los cloruros por una acción medicamentosa coadyuvante.

Los sudoríficos tienen una acción poco eficaz; extraen mucha agua del organismo, pero arrastran muy pocas materias extractivas (Landouzy) y no eliminan gran cantidad de cloruros. Los purgantes aumentando el agua evacuada en el tubo digestivo, arrastran al mismo tiempo una cierta cantidad de cloruros, pero su eliminación por esta vía nunca es de importancia. En la diuresis es donde deben buscarse los medios verdaderamente eficaces para provocar una decloruración terapéutica, y bien sabido es que los medicamentos más aptos para provocar en los brighticos la poliuria y la desaparición de los edemas, obran sobre todo provocando la policloruria. La escila y el nitrato de potasa no tienen nada más que una acción insignificante; el acetato de potasa, á la dosis de 10 gramos, parece un poco más activo, pero su acción es inconstante. La teobromina, lo propio que los medicamentos que la contiene ó que de ella derivan, es el diurético por excelencia y también el declorurante más poderoso; en ciertos individuos es bueno prolongar su empleo, pero en otros conviene administrarla por períodos. En los casos en que la decloruración es difícil, la digital añadida á pequeñas dosis á la teobromina, acentúa algunas veces la acción, pero es incapaz de producir por sí sola en el brightico epitelial la poliuria liberadora con policloruria; y es que el edema brightico no está producido como el edema cardíaco por el desfallecimiento del corazón y la defectuosa tonicidad de los vasos que, determinando el éxtasis venoso, cambian en el sentido de la corriente osmótica y atraen el cloruro de sodio hacia los tejidos infiltrados. No basta simplemente suministrar al corazón y á los vasos más fuerza y contractilidad para acelerar la velocidad de la corriente sanguínea, para aumentar la endosmosis y para absorber la serosidad de los edemas con sus cloruros, como lo hace la digital, sino que se trata de devolver al riñón la permeabilidad perdida para el cloruro de sodio. El diurético renal por excelencia, la teobromina, es la que, restableciendo en el riñón las corrientes de los cloruros, expulsará del organismo la sal que le sobra y producirá la poliuria liberadora.

Composición del régimen declorurado. — El pan prescrito debe estar desprovisto de sal; el pan ordinario contiene en general, por kilogramo, de 8 á 10 gramos de cloruros añadidos, y ciertas clases de pan de lujo llegan á contener hasta 15 gramos. La fabricación del pan sin sal no tiene ninguna dificultad, y de este modo se obtiene una pasta que no contiene más que 0'70 gramos de cloruros por kilogramo, es decir, la cantidad mínima procedente de la harina.

La carne no contiene por término medio más que 1 gramo de cloruro por kilogramo ó sean 0'10 por 100 gramos; debe darse siempre fresca y puede administrarse cruda, asada á las parrillas, sin sal y adicionada de manteca á voluntad; las carnes de buey y de carnero entre las rojas y la de pollo entre las blancas, son las mejores que se pueden prescribir.

La pesca de río, cuya carne no contiene por kilogramo más que algunos centígramos de cloruros, puede prepararse frita ó ligeramente cocida y es la única que puede entrar en una cura rigurosa de decloruración, puesto que la carne de ciertos pescados del mar contiene algunas veces hasta 4 gramos de cloruro de sodio por kilogramo.

Los huevos frescos se absorben fácilmente crudos ó pasados por agua,

sin sal; por lo demás, un huevo contiene unos 25 centígramos de cloruros; las yemas de huevo pueden entrar en la composición de las salsas ayudando á enmascarar el gusto del régimen. La manteca fresca puede emplearse á voluntad del enfermo y se puede tomar alguna cantidad de queso sin sal.

Las patatas constituyen un excelente alimento para el brighticо y se comen fácilmente sin sal, cocidas con agua, fritas con manteca, en puré, con leche, etc. El arroz también es un alimento precioso. Los guisantes con manteca ó con azúcar, los espárragos, la lechuga, las judías verdes, las alcachofas, etc., y todas las ensaladas con aceite y vinagre entran también en el régimen. La preparación de las diferentes legumbres herbáceas, requiere ciertos artificios, si han de ser apetitosas, sin adicionar la sal; la gelatina puede utilizarse si se ha preparado sin sal para dar un gusto aceptable á las salsas y á las legumbres; también pueden emplearse ciertas hierbas aromáticas cuyo sabor hace olvidar fácilmente la falta de sal.

El caldo contiene hasta 10, 12 y 15 gramos de cloruro de sodio por litro, y es ante todo una verdadera solución salina, y á su fuerte cloruración son debidos los accidentes inmediatos observados después de su uso, en ciertos brighticos y ciertos cardíacos; privado de sal es de un gusto inaceptable y suprimiéndole del régimen se pierde tanto menos en cuanto, por decirlo así, está desprovisto de valor alimenticio.

Los dulces y pasteles sin sal y las frutas crudas, en compota ó en confitura, pueden darse ampliamente. El chocolate es un excelente alimento, puesto que contiene, según Gautier, 0'67 gramos de teobromina por 100 gramos de su peso.

Como bebida se tomarán 1 litro y medio ó 2 de agua ordinaria que puede reemplazarse por las diversas aguas minerales que sólo contengan por litro algunos centígramos de cloruros; al agua puede adicionarse, según el gusto del enfermo: azúcar, limón, jarabe, etc. El té, el café y la cerveza, no conteniendo más que cantidades insignificantes de cloruro y siendo ligeramente diuréticas, pueden prescribirse sin exceso. El vino que ha sido tan proscrito de la mesa de los brighticos y con tanta severidad, nos ha parecido que á dosis moderada nunca ha tenido el menor inconveniente.

En general, elevamos las proporciones de carne, pan y legumbres de modo que se llene ampliamente la ración de entretenimiento en los clorurémicos, que con gran apetito vuelven á la vida activa, después de haber visto, bajo la influencia del régimen declorurado, borrarse los edemas y desaparecer los accidentes que de ellos dimanaban. Con frecuencia sorprende la facilidad con que se acostumbran al régimen, sobre todo si se les indican los medios culinarios que permiten enmascarar, para ciertos alimentos, la falta del gusto de la sal.

La acción hidratante del cloruro de sodio retenido en ciertos brighticos no es necesario demostrarla, pues está bien demostrado que la sola supresión de la sal añadida á los alimentos puede ser suficiente, sin otra intervención, para provocar la deshidratación del organismo; tal es el fundamento de la cura de decloruración, y la simplicidad del remedio responde á la simplicidad de la causa. La acción hidratante es el grave inconveniente del cloruro de sodio retenido en los brighticos; esa otra substancia disuelta, y cuya acumulación es tan frecuente en los nefríticos, la urea particu-

larmente, es incapaz, por su retención, de hidratar los tejidos en el curso de la enfermedad de Bright, y aunque se acumula en la sangre, sus moléculas tratan constantemente de forzar la barrera renal, mientras que las moléculas de cloruro retenidas siguen una corriente inversa que, de la sangre, las lleva hacia los tejidos. Si la retención de los cloruros determina la uremia hidrópica, la retención azoada llega á la uremia seca. Se observa á menudo en el curso de la enfermedad de Bright una disociación de la impermeabilidad del riñón para los cloruros y para la urea; las dos retenciones pueden existir aisladas y combinadas, y aunque tienen algunos caracteres comunes, en cambio, no les faltan caracteres que las diferencian, y que en el curso de ciertos estados urémicos permiten con frecuencia distinguir lo que á cada una de ellas corresponde.

Los regímenes declorurados también ejercen su acción deshidratante y permiten alguna vez detener la marcha de una hidropesía resultante de una dificultad circulatoria, como la ascitis cirrótica, pero tienen una acción mucho menos marcada contra las hidropesías de naturaleza inflamatoria, como las de la pleuresía, por ejemplo.

La impermeabilidad de los riñones para los cloruros es tal en algunos brighticos, que es necesario defender hasta sus últimos límites la dosis de cloruro permitido; la leche, que ante todo debe sus cualidades á su débil cloruración, puede ser un alimento todavía muy salado para aquellos cuyos riñones están casi completamente cerrados para los cloruros. En tales enfermos es en los que la cura de decloruración permite asistir á ese espectáculo inesperado de un albuminúrico infiltrado de edemas que mejora más por un régimen cárneo y amiláceo privado de sal que por el régimen lácteo, hasta aquí prescrito como el único saludable. La impermeabilidad renal para los cloruros nunca es absoluta; siempre es relativa, y puede presentar muchos grados, y aun generalmente varía en un mismo individuo de un período á otro de la enfermedad. En gran número de casos, la permeabilidad renal es todavía suficiente para permitir una ligera cloruración alimenticia, y entonces es cuando la leche, alimento débilmente clorurado, ejerce la acción bienhechora que le es reconocida desde hace tanto tiempo.

El Dr. Beco (coponente): La razón de ser del régimen declorurado se encuentra en la concepción siguiente: En las condiciones normales, el cloruro sódico es el regulador principal de la tensión osmótica de los humores; introducido en el organismo por el régimen alimenticio en cantidad sobradamente abundante, encuentra su vía de eliminación principal en la excreción urinaria; en el curso de padecimientos orgánicos diversos, su eliminación es insuficiente y su *retención* va habitualmente seguida de una retención de agua en los tejidos profundos primero y en el tejido celular subcutáneo después, de donde un aumento de peso, seguido ó no de edemas aparentes (de anasarca). La causa de la retención en ciertas variedades de nefritis reside en la impermeabilidad renal para el cloruro (Widal); la eliminación de cloruro sódico es una función celular específica (Widal y Jabal) claramente diferenciada de las otras funciones eliminadoras (urea, fosfatos, azul de metileno), y está más ó menos reducida ó suprimida en el curso de las nefritis, sobre todo de las nefritis parenquimatosas, con predominio epitelial y varía constantemente. La tensión osmótica de la san-

gre, siendo con corta diferencia la misma, la acumulación del cloruro irá seguida de una hidratación de la sangre contenida en el arbol vascular, de una plétora de la que nada se ha hablado hasta ahora ó de una acumulación de cloruro sódico y consecutivamente de agúa clorurada en los tejidos intersticiales, cavidades serosas ú órganos parenquimatosos profundos ; por este mecanismo aparecerán el edema y anasarca, los derrames en las serosas, las alteraciones generales graves, como el edema pulmonar, etc. Se concibe que, el acarreo incesante por la alimentación de cloruro sódico en exceso, favorezca, en el organismo que se halla en estado de impermeabilidad la acumulación de sal y sus consecuencias funestas : oliguria, hipocloruria, hidratación de los tejidos y albuminuria. Si en un bríghtico de este género, la cantidad de cloruro alimenticio desciende muy por debajo de la capacidad de eliminación renal, estando intactas las condiciones cardiocirculatorias, «lo cual es la regla en un bríghtico de predominio epitelial, los líquidos de infiltración serán arrastrados por la impulsión cardiovascular, y las reservas cloruradas, puestas en movimiento, podrán eliminarse por el riñón proporcionalmente entre la cantidad de cloruro de sodio absorbida y la cantidad de esta sal que la permeabilidad del riñón aún permite salir al exterior» (Widal).

Esta concepción del origen renal electivo de la retención clorurada y de los edemas, que son su consecuencia, en el curso de las nefritis de predominio epitelial, parece que ha encontrado apoyo en el estudio que los doctores Widal y Jabal han consagrado á la acción declorurante de algunos diuréticos, y en particular en la comparación que han hecho entre la acción de la teobromina y de la digitalina. Esta teoría no está aceptada por todos, y no sólo á propósito de los edemas de origen nefrítico se ha discutido el papel hidrópico de la retención clorurada y la terapéutica de decloruración que se ha preconizado, sino que su importancia en la patogenia y en el tratamiento de las hidropesías, cirrótica y cardíaca, es actualmente discutible. Pero aquí el papel etiológico de la impermeabilidad renal primitiva no puede invocarse ; en los cardíacos, bajo la influencia del éxtasis venoso, el sentido de la corriente osmótica está invertido, y el cloruro primitivamente retenido se acumula en las regiones declives, donde atrae nuevas cantidades de líquido y aumenta considerablemente las infiltraciones. El régimen declorurado detiene el peso en su marcha ascendente, pero no le hace descender de un modo muy marcado. En el bríghtico, pues, existe, respecto á los edemas una verdadera acción curativa, mientras que en el cardíaco más bien se trata de una acción suspensiva.

Desde el punto de vista práctico, concedemos á la terapéutica de decloruración una importancia de primer orden; los hechos nos demuestran sobradamente su influencia favorable en el tratamiento de las nefritis, lo propio que en el de las afecciones cardíacas no compensadas. La elección entre el régimen lácteo puro y la alimentación sólida casi desprovista de cloruros, será impuesta con frecuencia por la tolerancia del enfermo. Relativamente al papel del cloruro en los accidentes del brightismo y en la patogenia de su retención, creo que todo el mundo admite que esta retención es un factor hidrópico poderoso. Que en las afecciones renales el cloruro se elimina con más dificultad por el riñón enfermo, lo apoyan con

decisión gran número de investigaciones. Muchas de nuestras observaciones demuestran que el cardíaco se porta como el brígtico ante el cloruro, puesto que en la asistolia cardíaca se observan frecuentemente edemas enormes, y sin embargo, son muy raros los fenómenos análogos á los accidentes urémicos.

Widal y Jabal han señalado en un reciente trabajo, después de demostrar la disociación de la permeabilidad renal para las diversas substancias eliminadas, la gran importancia que tiene la retención de urea en la sangre de los brígticos, deduciendo esta inesperada conclusión terapéutica que parece muy verdadera: la necesidad de reducir la albúmina alimenticia del brígtico proporcionalmente al índice de retención uréica.

Muchas otras substancias, nocivas también, pueden ser retenidas en la insuficiencia renal y como que las descargas policlorúricas van generalmente acompañadas de un gran aumento en la diuresis, dichas substancias pueden ser eliminadas al mismo tiempo que el cloruro sódico. De suerte que el argumento que se podría encontrar en la desaparición de los fenómenos graves cuando se presenta la policloruria, creemos que no tiene más que muy débil valor en el estado actual de nuestros conocimientos.

La mayoría de las nefritis son difusas y el tipo epitelial puro, sin ninguna participación del tejido intersticial y del sistema vascular, es una rareza: además, nos parece muy poco seductora la hipótesis de una impermeabilidad especial electiva de la célula renal epitelial para el cloruro sódico. Para apoyarla se han invocado los resultados favorables obtenidos en el tratamiento de los edemas brígticos por el empleo de los diuréticos directos renales (Widal y Jabal), «substancias diuréticas que obran sobre la secreción renal, sin que modifiquen las condiciones circulatorias del riñón; estas substancias han sido denominadas *diuréticos epiteliales* (teobromina, nitrato de potasa, etc.)». (Albarrán).

En cambio, nuestras observaciones establecen que dichas substancias tienen una actividad cuando menos igual en las hidropesías de origen cardíaco, aquí donde el epitelio renal está intacto ó poco menos y donde se explica la retención clorurada por fenómenos circulatorios generales ó localizados en el riñón. Sorprendería realmente que el modo de acción de una misma substancia diurética tuviera dos interpretaciones fisiológicas distintas, y en efecto, las hermosas investigaciones de Lœwin han demostrado que la acción diurética de diversas substancias, encuentran su explicación en el aumento de la cantidad de sangre que atraviesa los riñones, en la misma unidad de tiempo.

Independientemente de los trabajos de Lœwin y mucho antes de su comunicación, emprendí con el Dr. Plumier investigaciones experimentales acerca del modo de acción de los diuréticos renales, investigaciones que confirman por otros métodos los resultados obtenidos por aquel autor y que nos permiten afirmar desde ahora que substancias como la agurina, teocina, acetato de teocina sódica y cafeína, provocan por acción directa sobre la pared vascular la vasodilatación activa de los vasos renales, el aumento de la masa, de la rapidez de la sangre que atraviesa el riñón en la unidad de tiempo y la poliuria que es su consecuencia. No queremos lanzarnos á comentarios, tal vez prematuros, pero creemos, sin embargo, que

estas nuevas investigaciones experimentales, unidas á nuestras observaciones clínicas, ponen bien de relieve el papel primordial que debe concederse al aparato circulatorio del riñón en el mecanismo de la retención clorúrada y en la terapéutica de decloruración. — CODINA CASTELLVÍ.

(*Concluirá*).

PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

Celebrado en Bruselas del 18 al 23 de Septiembre de 1905.

(Continuación).

Intervenciones quirúrgicas en las afecciones no cancerosas del estómago. — El Dr. *A. Montprofit* (de Angers, ponente), saca de sus experimentos las conclusiones siguientes:

Las afecciones no cancerosas del estómago que han resistido á un tratamiento médico enérgico, son casi todas curables por los medios quirúrgicos. La mayor parte de ellas curan antes y mejor por una operación que por el tratamiento médico. Es un error considerar que el éxtasis y el enflaquecimiento son las únicas indicaciones operatorias, pero conviene operar desde los primeros dolores, en cuanto se manifiestan las primeras luchas de un estómago que principia á vencer con dificultad la resistencia de un píloro *contraído* ó en vías de *contracción;* son los primeros signos de una *ulceración ligera* de la evacuación incompleta del estómago.

La operación aplicable á casi todas estas afecciones, es la *gastro-enterostomía;* en ciertos casos excepcionales están indicadas otras operaciones, resección, fijación, plegadura, etc. La gastro-enterostomía que da mejores resultados es la gastroyeyunostomía en Y según el método de Roux ó sus diversas modificaciones. La gastro-enterostomía por sutura da resultados más seguros.

Los resultados imperfectos de la gastro enterostomía son debidos al empleo de un procedimiento defectuoso. Una intervención nueva hecha de buena manera puede mejorar estos resultados deficientes.

El tratamiento quirúrgico aplicado en el porvenir *de una manera precoz y persistente*, en las afecciones benignas del estómago, es el mejor tratamiento preventivo de las degeneraciones malignas.

El Dr. *A. W. Mayo Robson* (de Londres, ponente), se ocupó sobre todo de las indicaciones operatorias fundándose en una estadística personal de más de 500 operaciones gástricas.

La mortalidad operatoria de la gastro enterostomía por úlcera del estómago, ha sido en seis casos de 1 por 100. Las complicaciones, vómitos, etc., no se observan estando la operación bien hecha.

Los resultados lejanos de esta operación en la dilatación por obstrucción pilórica, son muy satisfactorios; la debida á la atonía se beneficia muy poco de esta intervención.

En los casos de hemorragia gástrica por úlcera, la gastro-enterostomía al dejar en reposo el estómago y el duodeno, basta de ordinario para ob-

tener la curación sin que sea necesario ni buscar el vaso que da sangre ni extirpar la úlcera.

En la úlcera crónica ha obtenido con la gastro-enterostomía el 92 por 100 de curaciones durables; pero como á causa de la duración del padecimiento se han formado adherencias perigástricas, etc., la intervención sólo es eficaz si el enfermo se somete á un régimen moderado.

La piloroplastia suele producir resultados inmediatos excelentes, pero se halla expuesta á exámenes frecuentes; no está indicada en la estenosis consecutiva á una úlcera, pero sí en la esclerosis espasmódica y en la hipertrofia congénita del píloro. La operación de Loretta expone también á recidivas. La de Finney da al parecer resultados más notables, pero como es una operación muy reciente, no puede afirmarse nada en absoluto respecto á su eficacia.

Puede afirmarse en general, que los médicos no deben tratar médicamente las afecciones del estómago durante meses y años, cuando estas afecciones, confiadas en tiempo oportuno á un cirujano, curan en poco tiempo y con pocos peligros; el tratamiento médico prolongado aumenta los peligros de la operación y disminuye su eficacia porque favorece la transformación maligna. La mortalidad por úlcera del estómago, no operada, puede calcularse en el 25 por 100 (hemorragia, estenosis, etc.).

Como método quirúrgico, el Dr. Mayo Robson prefiere la gastro-enterostomía posterior. Recomienda hacer la anastomosis lo más cerca posible del borde inferior de la cara posterior y dejar todo el menor espacio que se pueda entre la desembocadura del yeyuno y la duodenoyeyunostomía. Practica la sutura sobre un trozo de hueso decalcificado y desecha el empleo del botón de Murphy que no permite operar más deprisa y expone á graves disgustos.

El Dr. *J. Rotgans* (de Amsterdam, ponente), Conclusiones: 1.ª El tratamiento de la úlcera del estómago no puede ser más que sintomático y exclusivamente local, porque su causa verdadera la desconocemos.

2.ª En muchos casos de úlcera, el tratamiento médico es ineficaz, según demuestran la persistencia frecuente de una ó más úlceras, las recidivas y las complicaciones numerosas (hemorragias, estenosis, carcinoma, etc.).

3.ª No debe intervenirse en cuanto se conoce la existencia de una úlcera; los resultados del tratamiento médico apropiado son muy satisfactorios y los peligros del fracaso quirúrgico bastante grandes para autorizar la intervención precoz.

4.ª La mortalidad operatoria en 76 operaciones de úlcera, practicada en 68 enfermos, es de 5 $^1/_5$ por 100.

5.ª *Indicaciones operatorias:* La operación es necesaria en los casos de:

Trastornos motores de índole mecánica, sea cual fuere su forma anatómica.

Trastornos motores de naturaleza dinámica, sin síntomas anatómicos evidentes de úlcera.

Aun en los casos de falta de trastornos motores cuando existe dolor fuerte ó prolongado; tumores aunque no se sospeche que sean carcinomas; hemorragias prolongadas ó repetidas, perforación, demacración ó recaídas continuas. Temor fundado ó sospecha de degeneración carcinomatosa.

Está indicada en los casos de: Trastornos motores de naturaleza dinámica cuando sólo está afectado el estómago y la modificación es muy pronunciada.

6.° Úlceras crónicas refractarias al tratamiento interno, pero que no han producido síntoma peligroso alguno.

Está autorizado en caso de peligro de muerte por hemorragia aguda.

7.ª El Dr. Rotgans prefiere la gastro-enterostomía á la piloroplastia y á la resección de la úlcera; esta última será preferida cuando la ejecución es fácil, en los casos en que se teme la degeneración cancerosa ó cuando predominan el dolor ó la hemorragia.

Recomienda el procedimiento de gastro-enterostomía anticólica anterior en Y de Völfler, cuya ejecución es más fácil que la de Roux y que da las mismas garantías que ésta.

La cauterización de la úlcera, el raspado, la exclusión del píloro, la gastrostomía, la yeyunostomía, tienen indicaciones excepcionales.

8.ª Para la gastroptosis ha hecho construir un vendaje diferente del de Glenard.

No opera más que cuando existen á la vez complicaciones mecánicas ó úlceras, y en este caso practica la gastro-enterostomía combinada á veces con la gastropepsia.

El Dr. *A. Mattoli* (de Roma, ponente), se ocupó de la diversas afecciones benignas del estómago en las que está indicada la intervención quirúrgica.

1.ª *Gastroptosis.*—La gastro-enterostomía debe ser preferida á la gastropepsia.

2.ª *Estenosis pilórica.*—*a*) Congénita: Gastro-enterostomía posterior. *b*) Cicatrizal: Es preferible la gastro-enterostomía cuya mortalidad es en Italia de 8 por 100. *c*) Tuberculosa: Indicación casi absoluta para la gastro-enterostomía (mortalidad italiana: 17'24 por 100). *d*) Sifilítica: En el caso de goma rebelde, gastro-enterostomía. *e*) Por compresión: Hepatopepsia, gastro-enterostomía. *f*) Por tumor benigno: Resección.

3.ª *Espasmo del piloro.*—Divulsión (Loreta) en caso de fisura pilórica; gastro-enterostomía y quizá gastroduodenostomía. En casos excepcionales, yeyunostomía.

4.ª *Úlcera redonda.*—Debe darse la preferencia á la gastro-enterostomía; la cauterización y la ligadura de la arteria son útiles en los casos de hemorragia. Tratamiento causal en los casos de sífilis y de actinomicosis.

5.ª *Estómago en forma de reloj de arena.*—Gastroplastia en el caso de píloro normal y de estrechez central ligera; la gastro-gastrostomía exige también un píloro normal; la gastroplegadura ha sido abandonada; la gastro-enterostomía da resultados excelentes.

6.ª *Perigastritis adhesiva, gastritis ulcerosa, gastrectasia esencial, cirrosis del estómago, dispepsia grave.*—Debe preferirse la gastro-enterostomía.

7.ª *Vólvulo del estómago.*—Enderezamiento.

El Dr. *A. von Eiselberg* (de Viena, ponente), se ocupó de la cirugía de los cuerpos extraños, de los traumatismos, de la úlcera gástrica y del espasmo pilórico.

1.° *Cuerpos extraños.*—La gastrostomía sólo está indicada en el caso de

cuerpos extraños demasiado voluminosos para ser expulsados por las vías naturales.

2.° *Traumatismos.*—Son perforantes y no perforantes.

a) *Traumatismos perforantes:* El pronóstico depende de la precocidad de la intervención. En caso de duda, se practicará la laparotomía.

b) *Traumatismos no perforantes:* Son ocasionados casi siempre por cáusticos químicos; exponen á la perforación ó á la retracción cicatrizal. El Dr. Eiselberg ha operado cinco de estos casos de retracción cicatrizal del píloro; en cuatro casos hizo la gastro enteróstomía, curando tres enfermos; en uno hizo la resección (Billroth, primera manera) también con éxito.

En los casos de estrechez completa del estómago, se recurrirá á la yeyunostomía, y lo mismo cuando el cardias y el píloro están estrechados. En dos enfermos que se presentaron en estas condiciones, el Dr. Eiselberg practicó las operaciones siguientes: 1.ª Yeyunostomía; 2.ª algunas semanas después gastrostomía y cateterismo retrógrado de la estrechez esofágica; 3.ª un mes más tarde yeyunorrafia y gastro-enterostomía; 4.ª después de algunos meses el cateterismo del esófago podía hacerse *per os;* gastrorrafia. El éxito fué completo en ambos casos.

3.° *Espasmo pilórico.*—Es probable que este espasmo esté sostenido por una ulceración más ó menos extensa. Ha intervenido tres veces en esta afección; dos veces por piloroplastia (un alivio pasajero y un enfermo que se perdió de vista); una gastro-enterostomía con éxito completo.

4.° *Úlcera.*—El autor consideró sucesivamente:

a) *Úlcera perforada:* La única terapéutica consiste en la laparotomía precoz seguida de sutura de la solución de continuidad. De seis casos operados por el Dr. Eiselberg, de dieciseis horas á tres días después de la hemorragia, sólo dos sobrevivieron.

b) *Úlcera cruenta:* Los resultados relativamente favorables del tratamiento médico (gelatina) hacen dudar al cirujano cuando se halla ante un caso de hematemesis; además, la hemorragia quirúrgica no es fácil; finalmente, el enfermo suele encontrarse en un estado de anemia incompatible con la intervención. Pero cuando la hemorragia ha cesado ó se repite á cortos intervalos y la operación está indicada, se recurrirá entonces á la hemostasia directa ó á la gastrectomía ó á la exclusión del territorio cruento ó de todo el estómago por la gastro-enterostomía ó la yeyunostomía.

c) *Úlcera incruenta:* Contra la úlcera incruenta, con ó sin estenosis, podemos intervenir por tres clases de operaciones: la resección, la exclusión del píloro, la gastro-enterostomía y la yeyunostomía.

La resección es teóricamente la operación ideal; está formalmente indicada cuando se sospecha la degeneración cancerosa de la úlcera, y sobre todo si recae en el píloro. No es posible afirmar el valor de la resección pilórica en la úlcera, porque se ha practicado en pocos casos.

La exclusión del píloro es una buena operación; debe ser preferida á la gastro-enterostomía siempre que sea posible, y que la resección ofrezca al parecer peligros.

La gastro-enterostomía da resultados excelentes en las úlceras próximas al píloro; su eficacia disminuye á medida que la ulceración se halla más próxima al cardias. La gastro-enterostomía posterior es la operación pre-

ferible. Si sólo pudiera hacerse la gastro-enterostomía anterior, debería practicarse además una entero-anastomosis para evitar el «círculo vicioso».

La yeyunostomía representa la más paliativa de las operaciones practicadas contra la úlcera estomacal. Está indicada en los casos de úlceras próximas al cardias, en los de caquexia profunda, en los del estómago en forma de reloj de arena con porción cardíaca pequeña, en la retracción total del estómago, etc. La fístula del yeyuno es casi siempre continente y se cierra espontáneamente después de suprimida la sonda.

La piloroplastia, la gastroplastia y la gastrolisis, merecen poca confianza.

La estadística de las operaciones practicadas por el Dr. von Eiselsberg contra la úlcera gástrica y sus complicaciones comprende :

a) *Úlceras cruentas :* 33 casos con 10 muertes.

b) *Úlceras incruentas :* 64 casos con 16 muertes.

c) *Estenosis pilórica consecutiva a úlcera :* 50 casos con 2 muertes.

d) *Úlceras del duodeno con estenosis :* 5 casos tratados por la gastro-enterostomía posterior mejoraron con rapidez.

El Dr. *Jonnesco* (de Bucarest, ponente) se ocupó de la intervención quirúrgica en las siguientes afecciones :

1.ª *Estenosis del píloro.* — Las operaciones practicadas contra él son de dos clases : unas tienen por objeto ensanchar el píloro por dilatación ó por una operación plástica ; otras forman una nueva vía gastro-intestinal, bien resecando el píloro ó desviando el curso del contenido gástrico por una nueva abertura en el intestino.

Las primeras, que comprenden la dilatación digital (Loreta, Hahn) ó instrumental después de la gastrostomía (Richter) y la piloroplastia (Heinecke-Mikulicz), han sido abandonadas (dilatación) ó están á punto de desaparecer (piloroplastia).

La pilorectomía es la operación ideal, sobre todo en la úlcera pilórica ó prepilórica con estenosis. La mortalidad operatoria es aún bastante elevada. Entre los procedimientos operatorios, el Dr. Jonnesco prefiere el de la resección del píloro con sutura de los dos extremos (gástrico y duodenal) y gastroyeyunostomía transmesocólica posterior (segundo procedimiento de Billroth).

La gastro-enterostomía es el procedimiento preferible por su benignidad (mortalidad actual 5 á 8 por 100) y su eficacia. El Dr. Jonnesco prefiere la gastroyeyunostomía posterior.

2.ª *Úlcera redonda.* — El Dr. Jonnesco no cree que se halle indicada en ella la intervención quirúrgica cuando está complicada ó degenera en cáncer.

La gastralgia y los vómitos rebeldes pueden exigir la gastroyeyunostomía.

Las hemorragias graves están fuera del alcance de nuestros recursos, pero las hematemesis crónicas, graves por su repetición, son del dominio quirúrgico. En este caso la operación preferible es la resección ó gastrectomía parcial, siempre que el estado general ó las adherencias lo permitan ; debe asociarse siempre á la gastroyeyunostomía. Es muchas veces la única intervención posible.

Entre las operaciones aconsejadas contra el estómago bilocular, la gastroplastia da recidivas frecuentes; la gastrogastrostomía puede dar buenos resultados, pero no es aplicable siempre; la gastro-enterostomía simple puede ser insuficiente, y es necesario entonces desaguar las dos bolsas (gastro-enterostomía doble); la resección del segmento estenosado del estómago ha producido un éxito á Krause.

Contra la perigastritis adhesiva, la mejor operación es la gastroyeyunostomía; la gastrolisis es un medio peligroso.

La úlcera perforada, adherente y cerrada debe tratarse por la gastroenterostomía sin buscar la perforación. Cuando ésta es libre, debe buscarse y cerrarla bien por la sutura, si es posible, con auxilio del epiplón, de un asa intestinal ó por taponamiento; la operación se termina por gastroyeyunostomía.

La degeneración cancerosa exige, siempre que sea posible, la resección.

3.ª *Ectasia gástrica.*—Están justificadas la gastroyeyunostomía y la gastropepsia asociadas.

4.ª La *gastroptosis aislada* es susceptible de una intervención quirúrgica; en este caso, deben asociarse también la gastropepsia y la gastroyeyunostomía.

5.ª Las *gastritis crónicas*, *dispepsias graves*, *enfermedad de Reichmann*, forman el grupo de afecciones crónicas del estómago que la medicina y la cirugía se disputan. Cuando los trastornos secretorios y motores han llegado á su última etapa, casi todos están conformes en recurrir á la cirugía.

6.ª La *gastralgia esencial* rara vez ha dado motivo á la intervención quirúrgica (gastro-enterostomía).

7.ª La *tetania de origen gástrico* es una complicación poco frecuente, pero gravísima, de las afecciones benignas del estómago. Mortal casi siempre, cuando no se emplean los medios quirúrgicos, cura de ordinario por la operación (gastro-enterostomía).

8.ª La *linitis plástica*, afección rara, sobre cuya naturaleza — benigna ó maligna — no se está aún de acuerdo, es por esta misma razón justificable, á ser posible, de la gastrectomía (parcial ó total).

9.ª *Afecciones benignas del cardias.*—Trendelenburg ha publicado un caso de estrechez fibrosa del píloro tratado con éxito por la gastrostomía. Ultimamente se han propuesto operaciones que obran de un modo más directo sobre el orificio estrechado: cardioplastia (Bossi), cardiectomía (Sencert), esofagogastrostomía (Gosset). Son operaciones que están aún en estudio y que se emplean rara vez ó nunca en los padecimientos benignos del cardias.

10. *Afecciones traumáticas del estómago.* — El Dr. Jonnesco no hizo más que indicar algunas reglas generales respecto á la conducta que debe seguir el cirujano en estos casos que se apartan algo del tema discutido.

El Dr. *Cardenal* (de Barcelona) manifestó que iba á fijar un punto de técnica importante á propósito de la gastro-enterostomía.

Trátese de la gastro-enterostomía anterior ó posterior, se acostumbra á practicar la anastomosis del yeyuno al estómago en dirección *transversal* ó casi transversal, por cuya razón queda siempre adherida al estómago en sentido horizontal un asa de intestino con un cabo ó porción aferente más ó

menos ascendente y otro ó porción eferente más ó menos descendente; resultan de aquí dos ángulos, uno á la izquierda y otro á la derecha de la boca anastomótica y una facilidad extraordinaria para la transformación de uno de estos ángulos (ó de los dos) en otros tantos acodamientos. Hay, por lo tanto, siempre peligro de oclusión ó cuando menos de funcionamiento defectuoso que engendra con la mayor facilidad el terrible síndrome del «círculo vicioso». La única anastomosis lógica es la que coloca en situación longitudinal (sagitaria) la totalidad del asa anastomosada para evitar todo acodamiento.

En el vivo, el estómago, aun normal y nada dilatado, por lo tanto, desciende por delante de la primera porción del yeyuno mucho más abajo que el ángulo duodenal; es necesario elevar el estómago para poner al descubierto el ángulo duodenoyeyunal, lo que prueba que en el hombre sano y en circunstancias normales por completo, existe siempre una zona en la que la pared posterior del estómago se halla en contacto con la cara anterior de la primera porción del yeyuno, del que sólo está separado por la hoja delgada del mesocolon transverso. Este es el punto indicado por la naturaleza para la anastomosis gastro-intestinal destinada á sustituir al antiguo píloro insuficiente ó suprimido. El Dr. Cardenal practica esta anastomosis del modo siguiente:

Después de poner al descubierto la primera porción del yeyuno, de invertir el estómago hacia arriba y de desgarrar el mesocolon, eleva ligeramente esta primera porción del yeyuno, y la pone en contacto con la porción preparada del estómago, pero conservando siempre su posición vertical ó paralela al eje del cuerpo. Esta pequeña maniobra debe hacerse sin desplegar gran fuerza; es preciso tirar lo mismo del yeyuno que del estómago, porque precisamente esta resistencia igual de las dos vísceras en su dislocación momentánea es la que garantiza su paralelismo y da la medida exacta del punto en que debe hacerse su anastomosis. No es posibla indicar en centímetros la distancia del ligamento de Treitz ó del ángulo duodenoyeyunal á la que debe hacerse la anastomosis; esta distancia, que podrá variar algo para cada individuo, es determinada por el punto en el que, en la posición descrita, el estómago y el intestino se ponen en contacto con más facilidad y sin estiramiento.

Una vez hecha la anastomosis (el Dr. Cardenal recomienda hacerla *semilunar*, forma que tiene la ventaja de dar á la abertura las dimensiones que se desea, y en la que la válvula formada contribuye á dirigir en buen sentido las dos corrientes que desembocan en el yeyuno), y terminadas las suturas, se deja á las vísceras que recobren su posición en el abdomen: el yeyuno se coloca á la izquierda y delante de las primeras vértebras lumbares y el estómago le sigue, recobrando las mismas relaciones que tenían antes de la operación. Nada ha cambiado en éstas; no hay más adición que la nueva boca que comunica entre las dos vísceras.

El Dr. *Hartmann* (de París) ha visto en su práctica descender la mortalidad de 23 á 6 por 100, lo que atribuye á la intervención más precoz. Opera en todos los casos de estenosis y en los que van acompañados de pequeñas hematemesis, y es partidario de la gastro-enterostomía posterior.

El Dr. *Lambotte* (de Amberes) dijo que en las gastropatías simples pre-

fiere á la gastro-enterostomía la resección del esfínter pilórico y en las biliares la cistectomía y la pilorectomía esfinteriana.

El Dr. *Garré* (de Königsberg) sólo reseca cuando sospecha la degeneración cancerosa.

El Dr. *Sinclair White* (de Sheffield) insistió sobre la necesidad de hacer la desembocadura en la parte más declive del estómago.

El Dr. *Ricard* (de París) niega que la úlcera sea *a priori* una afección quirúrgica, y sólo cree conveniente operar cuando está localizada en la región pilórica.

El Dr. *Kocher* (de Berna) cree que es preciso ser ecléctico en la elección del procedimiento.

El Dr. *Herezel* (de Budapest) es partidario de la gastro-enterostomía por el método de von Hacker-Petersen.

El Dr. *Czerny* (de Heidelberg) practica la excisión elíptica desde 1882. Para la gastro-enterostomía prefiere el procedimiento de von Hacker, que practica muchas veces con el botón de Murphy. — F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 4 de Octubre de 1905 (1).

Carcinosarcoma uterino. — El Dr. *H. R. Spencer* dijo que se ha dado el nombre de carcinosarcoma á los casos en los que el cáncer y el sarcoma coexisten en el mismo útero, y el de sarcoma carcinomatodes á aquellos otros en los que una neoplasia maligna es de estructura en parte cancerosa y en parte sarcomatosa. La enfermedad suele atacar á las mujeres estériles después de la menopausia. El sarcoma suele desarrollarse en el endometrio y es lobulado, á veces polipoideo y, comparado con las neoplasias cancerosas, de superficie lisa. Cree el Dr. Spencer que todos los casos de sarcoma deben examinarse cuidadosamente porque está asociado con el cáncer muchas más veces de las que se cree.

El Dr. *W. S. Handley* cree que la asociación del sarcoma y del carcinoma puede ser debida á la invasión simultánea de las células epiteliales y de los tejidos conjuntivos por un parásito. Parece no obstante más probable que todo tumorcillo del tejido uterino, simple ó sarcomatoso, es capaz á veces de irritar de tal modo el endometrio, que se desarrolla el cáncer, de la misma manera que un diente atacado de caries es susceptible de ocasionar el epitelioma de la lengua.

Gestación ectópica. — El Dr. *J. C. Holdich Leicester* narró el caso siguiente: Una indostana, de treinta y cinco años ingresó en el Eden Hospital de Calcuta, quejándose de dolor fuerte en la parte inferior del abdomen; había tenido dos faltas menstruales. Permaneció en el hospital nueve días y después salió con alta; dos días después sintió un dolor agudo en el mismo

(1) Primera del curso académico actual.

sitio del abdomen y perdió el conocimiento. Cuando ingresó en el hospital se la reconoció detenidamente descubriéndose á la izquierda y detrás del útero un tumor quístico del tamaño de una naranja. Se abrió el abdomen y se extirpó la trompa izquierda de Falopio distendida y algunos coágulos de sangre. Curación completa.

El Dr. *H. J. Paterson* refirió el caso de una mujer de veintitrés años, la que después de tres meses de amenorrea ingresó en el hospital quejándose de dolor en la parte inferior del abdomen. Se diagnosticó gestación extrauterina con rotura del saco y peritonitis. El estado de la enferma mejoró con rapidez en pocos días; la hemorragia interna se contuvo al parecer y el dolor cesó. En la parte inferior del abdomen se descubrió un abultamiento globuloso, tenso y elástico que aumentó poco á poco de volumen. Seis meses después del último período menstrual se abrió el abdomen en la línea media y se extrajo un feto que murió á los pocos minutos. La hemorragia, que fué abundante, se contuvo temporalmente por el taponamiento. Después de un corto intervalo se irrigó el saco con agua caliente y se sujetaron con pinzas y ligaron después varios puntos que daban sangre. Se extrajeron del fondo de saco unos 2 litros de sangre coagulada, pero se dejaron varios coágulos laminados que estaban muy adheridos. El saco se fijó en el extreme inferior de la herida del abdomen y su cavidad se rellenó con gasa esterilizada. La enferma tuvo varios vómitos y se agravó hasta el punto que á los tres días su estado era desesperado. Como último recurso se la administraron 9 decígramos de calomelanos, seguidos pocas horas después de un enema de trementina. El estado de la paciente mejoró, curando al fin. El seno del saco duró más de un año eliminándose de cuando en cuando alguna ligadura.

El Dr. *Alba Doran* manifestó que el relleno del saco y la ligadura de sus vasos suelen ser inevitables. Por desgracia las ligaduras se infectan con frecuencia, sobre todo cuando el saco es del tipo tubo-ligamentoso posterior, en cùyo caso su parte más profunda está formada por las paredes del intestino grueso.

El Dr. *Galabin* cree que se obtiene una gran ventaja siempre que sea posible extirpar el lado placentario. En un caso reciente operado á fines del quinto mes, y una semana después de la muerte del feto, se vió que era posible, principiando la separación por el lado no afectado, extirpar todo el útero y, ligando las dos arterias uterinas antes de tropezar al saco, extirpar éste incluso todo el ligamento ancho á expensas del cual estaba formado. El resultado fué la contención de la hemorragia después de ligadas las arterias uterina y ovárica, quedando un campo aséptico; el abdomen se cerró sin dejar desagüe y la enferma tuvo una convalecencia feliz.

El Dr. *A. Routh* dijo que cuando se rellena con gasa el saco, sobreviene casi siempre la infección de las ligaduras y del seno que queda. Cree que los calomelanos son más útiles que la morfina para contener los vómitos.

(*British Méd. Journal*). — F. Toledo.

PERIÓDICOS

Tratamiento radical tonsilar del reumatismo articular. — El Dr. Gürich, de Parchwitz, leyó un trabajo acerca de este asunto en el último Congreso alemán de Medicina interna. En su concepto, la mayor parte de los casos de reumatismo articular reconocían como punto de partida un foco purulento crónico. La entrada del virus se realiza por exacerbaciónes agudas de la inflamación crónica, y en prueba de ello, aduce el autor el hecho de que en casi todos los casos de reumatismo articular se encuentra una supuración crónica de las amígdalas. Si se produce artificialmente una exacerbación de la amigdalitis, se puede provocar experimentalmente en los reumáticos un ataque de reumatismo. Haciendo desaparecer la supuración de las amígdalas, desaparece el reumatismo. De aquí ha nacido la idea del tratamiento tonsilar del reumatismo articular, tratamiento que consiste en practicar una división total y frontal de las fositas supuradas de las amígdalas seguida de la extirpación del tejido tonsilar infeccioso por medio de una cucharilla cortante doble. Esta operación se practica en varias sesiones. Toda intervención en las tonsilas de los reumáticos va seguida de una exacerbación pasajera de los fenómenos reumáticos.

(*Zentralblatt für innere Medizin*). — R. del Valle.

Tratamiento de la seborrea y de los comedones. — Al acostarse el enfermo se aplica sobre las partes enfermas la preparación siguiente, practicando á la vez el amasamiento:

Sulfato de potasa	aa. 4	gramos.
— de zinc		
Agua de rosas	120	—
Alcohol	50	—

Agítese antes de usarlo.

Por la mañana se lavan las zonas seborréicas con agua tibia y se fricciona con la loción siguiente:

Borax	6	gramos.
Glicerina	15	—
Agua de rosas	100	—

(*Le Progrès médical*, 2 septiembre 1905). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UN CASO DE PARÁLISIS RADICULAR DEL PLEXO BRAQUIAL

POR EL

DOCTOR ENRIQUE FERNÁNDEZ SANZ

Médico, por oposición, del Hospital de la Princesa.

El juicio diagnóstico no ha de reducirse nunca al acto simplicísimo de poner una etiqueta convencional á cada caso clínico. Ha de ser siempre producto de una labor minuciosa que tenga en cuenta todas las particularidades del hecho patológico; ha de ser una fórmula que sintetice todos los detalles de la exploración clínica, y además, no ha de limitarse á ser expresión escueta de los hechos, sino que ha de permitir la orientación de la patogenia, pues únicamente cuando se conoce la naturaleza del trastorno morboso, puede establecerse una terapéutica racional; no basta exponer fielmente los hechos, es preciso fecundarlos por el razonamiento para elevarlos á la categoría de ideas científicas.

Así comprendido el diagnóstico, de modo tan vasto y tan complejo, es indispensable su distribución en secciones sucesivas, para la más fácil y ordenada realización de tan complicada operación. En patología nerviosa osténtase con singular claridad esta natural separación del juicio diagnóstico en conceptos diversos. Lógica y hasta instintivamente se hacen siempre por separado, cuando se explora un enfermo del sistema nervioso, el diagnóstico topográfico de localización de la lesión y el de naturaleza de la misma. El prodigioso adelanto de la Anatomía neurológica, el inmenso caudal de hechos acumulados por la labor perseverante de geniales y pacientes investigadores, es causa de que el diagnóstico topográfico sea posible en la mayoría de los casos con envidiable precisión; no su-

cede lo propio con la segunda parte, con el diagnóstico de naturaleza del proceso; rara vez podemos resolver este problema fundándonos en los datos intrínsecos, en los síntomas propios, como ocurre con el diagnóstico de sitio, y nos vemos precisados á recurrir á argumentos de otro orden, á los antecedentes del sujeto, á la evolución de la enfermedad, á la existencia de otras lesiones de la misma índole más fácilmente accesibles á nuestros medios de investigación (así ocurre en los casos de sífilis, tuberculosis, neoplasias). Y precisamente este diagnóstico patogénico, tan difícil que sólo puede sospecharse la mayoría de las veces, contrastando con el anatómico, de certeza evidente casi siempre, es el más importante para el tratamiento médico como lo es el topográfico para la intervención quirúrgica. Por eso es preciso aquilatar todos los datos de observación, sometiendo á una rigurosa crítica comparada todas las hipótesis verosímiles. En algunos casos, por feliz excepción, esas dificultades no existen y el diagnóstico patogénico se ofrece con la misma claridad que el topográfico; como ejemplo de estos casos en que es posible un diagnóstico preciso y completo, refiero la siguiente historia clínica, interesante no sólo por la claridad esquemática de los síntomas, sino también como prueba del poder regenerador natural, capaz de realizar la curación completa, ayudado por un tratamiento oportuno y prudente. De la misma exposición del caso se deducen consideraciones de orden diagnóstico que explanaré á continuación y, por último, el proceso curativo nos ha de sugerir consideraciones operatorias aplicables á casos análogos en los que no se haya podido lograr, ó por lo menos, se haga esperar la *restitutio ad integrum* espontánea.

A. J., de once años, natural de Madrid, sin antecedentes patológicos familiares dignos de mención. Se le han muerto cuatro hermanos en la primera infancia; él padeció sarampión y viruela á los seis años, curando sin consecuencias.

El día 8 de mayo de 1905 acudió á la Plaza de la Armería para presenciar la retreta que se verificaba con motivo de las fiestas del *Centenario del Quijote*; se encontraba en la calle de Bailén frente á la puerta de la Plaza de Armas, cuando una avalancha de gente que pretendía entrar en la citada Plaza, le derribó al suelo, cayendo en la acera, precisamente en frente de la puerta, siendo pisoteado por la multitud y cayendo otros individuos encima de él; experimentó una sensación de angustia y opresión, dió varios gritos pidiendo socorro y pronto perdió el conocimiento: fué trasladado á la

Casa de Socorro del Distrito y desde allí al Hospital de la Princesa, ingresando en la Sala de San Nicolás que visita el distinguido Dr. Rueda, quien amablemente me concedió permiso para que explorara al enfermo con todo el detenimiento necesario. No recobró el conocimiento hasta la manana del día siguiente al del suceso. Al volver en sí no experimentaba más molestia que el dolor superficial y el escozor determinado por las numerosas erosiones y contusiones que cubrían todo su cuerpo; respiraba bien, sin disnea, aunque tenía algo de tos, pero no acompañada de expectoración; no tenía dolor de cabeza, ni mareos, ni vómitos, pero sí inapetencia invencible. Movía bien los miembros inferiores, pero en los superiores sólo podía mover libremente los dedos y las manos, permaneciendo inmóviles los brazos y antebrazos. Tenía dolor en las regiones interescapulares y adormecimiento é insensibilidad en los miembros superiores, no percibiendo el contacto ni el dolor provocado. La cara estaba uniformemente amoratada, los párpados tumefactos y negros, las dos escleróticas de un color rojo subido en toda su parte visible; el aspecto del muchacho era en verdad extraño y sorprendente, con la cara abotagada y violácea y en los ojos destacándose las pupilas sobre el fondo purpúrico de las escleróticas.

Paulatinamente fueron borrándose las equímosis de la piel, aclarándose el color pizarroso negruzco de los párpados y desapareciendo, pero muy lentamente, el equímosis subconjuntival, del que sólo quedaba como vestigio al mes del accidente un ligero color amarillo de la esclerótica y un limbo semilunar rojo en la parte externa de la córnea (en ambos lados). También habían mejorado mucho la motilidad y la sensibilidad de los miembros superiores, persistiendo sólo la parálisis en el brazo izquierdo. Hasta entonces el tratamiento había consistido en la expectación pura.

El *status presens* era el siguiente el día 7 de junio: buen estado de nutrición, color sano, desarrollo físico normal é inteligencia muy despejada. Normalidad en los aparatos respiratorio, circulatorio, digestivo y urinario. *Sistema nervioso:* Motilidad, miembros superiores: á la izquierda imposibilidad de elevar el brazo (abducción), ni siquiera hasta la horizontal; aproximación del mismo al tórax (adducción), con muy escasa fuerza; imposible el movimiento de aproximación del borde espinal del omoplato al raquis; la flexión del antebrazo se hace muy débilmente; también desarrolla muy poca fuerza en los movimientos de pronación y supinación; los de flexión y extensión de los dedos son también lentos, poco extensos y muy

poco enérgicos. En el lado derecho, todos los movimientos del hombro y brazo, incluso la elevación de éste por encima de la horizontal, son posibles, pero con lentitud y escasa fuerza; los de antebrazo, mano y dedos, son normales. Los omoplatos están desviados de la línea media con el ángulo inferior muy saliente (estas alteraciones de la posición normal están más marcadas en el lado izquierdo). No hay reflejos tendinosos en los miembros superiores; el interescapular de Betcherew, está algo disminuído. Mioidema y contracción idio-muscular exagerada en los músculos del cinturón peri-escapular y brazo. En los miembros inferiores completa normalidad motora; los reflejos rotuliano y plàntar no presentan alteración alguna; atrofia muy marcada del músculo pectoral mayor en ambos lados y del supra é infra-espinoso, deltoides, biceps y supinador largo á la izquierda; sensibilidad, dolor á la presión en el punto de Erb en ambos lados; fuera de este detalle, normalidad sensitiva. Sentidos: Ligero equímosis semilunar por fuera del segmento externo de ambas córneas y matiz amarillento de las conjuntivas, resto de las intensas equímosis subconjuntivales que tuvo al principio; reflejos pupilares normales; nada de fondo de ojo. Exploración eléctrica: Se practicó el día 14 de julio con la valiosa cooperación del reputado especialista Dr. Caztelu, dando el siguiente resultado: Miembro superior derecho, excitabilidad farádica en el punto de Erb, ligeramente disminuída; excitabilidad farádica del mediano, cubital y radial normal; excitabilidad farádica y galvánica de nervios y músculos de antebrazo y mano, normal. Miembro superior izquierdo: Disminución notable de la excitabilidad farádica y galvánica en el punto de Erb; normal en los nervios del brazo; disminución de la excitabilidad por ambas corrientes, pero más por la galvánica en los músculos peri-escapulares, integridad en los restantes; fórmula polar normal. Debo advertir que cuando se verificó la exploración eléctrica ya había mejorado notablemente la motilidad de los músculos interesados. A partir del 1.° de junio fué sometido á la aplicación de corrientes eléctricas (galvanización de los nervios y músculos afectos, polo negativo activo).

El enfermito continuó mejorando rápidamente, haciéndose cada vez más rápidos, extensos y enérgicos los movimientos de los miembros parésicos y acabando de borrarse los resíduos de las equímosis subconjuntivales, siendo dado de alta completamente curado el día 7 de julio.

Desde el momento de su ingreso en el hospital, la evolución del

proceso fué de constante y sostenida mejoría, lenta al principio, más rápida luego, hasta terminar por la curación, debiendo sinceramente reconocerse que tan feliz resultado ha sido debido ante todo y sobre todo á las fuerzas naturales.

El diagnóstico debe hacerse bajo el triple punto de vista topográfico, anatomopatológico y etiológico. Comenzaré por hacer una enumeración de los músculos interesados, basándome en los resultados de la observación clínica: las perturbaciones motoras apreciadas son bilaterales, pero no simétricas, sino de intensidad desigual en cada lado, siendo mucho más pronunciadas en el izquierdo; el estudio de los movimientos imposibles ó difíciles, claramente nos revela que están interesados los músculos siguientes: á la izquierda, el deltoides, el pectoral mayor, el supra é infra-espinoso y el romboideo paralizados, y el biceps braquial, el braquial anterior, los supinadores y pronadores bastante parésicos y un poco los flexores y extensores de la mano y dedos; á la derecha, los trastornos motores son más ligeros, no apreciándose más que paresia del deltoides, pectoral mayor, supra é infra-espinoso y romboideo é integridad de todos los demás músculos de ese miembro. Los músculos paralizados y también atrofiados, pues en este caso la parálisis y la amiotrofia se superponen exactamente, tanto en su localización como en su intensidad, forman un grupo que aparece asociado anatómicamente, pues todos ellos reciben su inervación de las raíces superiores del plexo braquial, fisiológicamente, pues todos ellos contribuyen á los movimientos del segmento central del miembro superior, y patológicamente, pues muy frecuentemente están mancomunadamente interesados, como ocurre en el caso presente; tan frecuente y tan típica es esta agrupación muscular, que ha servido para caracterizar sintomáticamente á una importante entidad nosológica, á las parálisis radiculares del plexo braquial de tipo superior ó de Erb-Duchenne, nombre que se da también al grupo muscular á que me refiero.

Por consiguiente, de un modo directo hemos conseguido sentar los primeros sólidos jalones del diagnóstico topográfico: veamos si el conjunto clínico se adapta al cuadro sintomático de las parálisis radiculares braquiales. No hay duda, desde luego, en lo referente á las perturbaciones motoras, pues ellas son las que nos han servido de guía para llegar á ese diagnóstico; en cuanto á síntomas sensitivos, aquí brillan por su ausencia, pues en la fecha de la observación quedaban reducidos al dolor á la presión en el punto de Erb,

pero anteriormente hubo otras alteraciones muy importantes y significativas; el enfermo refiere que al recobrar el conocimiento experimentó vivos dolores en la región interescapular y adormecimiento con insensibilidad para el contacto y para el dolor en los miembros superiores; el paciente no puede decirnos más, pero con esto nos basta para completar el cuadro clínico en lo que á trastornos sensitivos se refiere; un poco bajo es el sitio á que el enfermo refiere los dolores espontáneos, dado que el plexo braquial recibe sus raíces de la región cervical, pero téngase en cuenta la dificultad de localizar de una manera precisa el punto de máxima intensidad de los dolores, cuando el enfermo acababa de recobrar la conciencia después de estar privado de ella varias horas y cuando experimentaba además, endolorimiento difuso por el magullamiento general que había sufrido.

Las perturbaciones sensitivas han sido fugaces, desapareciendo mucho antes que las motoras, pero esto es regla general en las lesiones de los nervios, acaso porque la suplencia sensitiva sea más fácil que la motora. Los reflejos están disminuídos ó abolidos en los miembros superiores cual corresponde á las alteraciones de la neurona motora periférica, y, por último, la amiotrofia es un rasgo más de identidad entre el caso presente y las neuritis radiculares. En suma, se trata de una lesión de las raíces superiores del plexo braquial más intensa en el lado derecho que en el izquierdo, demostrada por los síntomas motores sensitivos, reflejos y tróficos, es una parálisis radicular superior del plexo braquial (tipo Duchenne-Erb). Alguna participación tomaron en el proceso las raíces inferiores de dicho plexo (7.ª y 8.ª cervical y 1.ª dorsal), como lo demuestran las perturbaciones que en el comienzo del proceso sufrieron todos los movimientos de los miembros superiores y la que aún conservan, aunque en muy ligero grado, los del antebrazo y mano izquierdos, pero lo escaso de los trastornos observados en el territorio inferior de inervación del plexo braquial y la integridad del aparato de la visión en el que no se advierte ninguno de los signos descritos por Mlle Klumpke (hoy Mme Déjérine), miosis, estrechamiento de la abertura palpebral y retracción del globo ocular, que caracterizan al tipo inferior de la parálisis radicular braquial, evidentemente demuestran que el foco principal de la lesión radica en las raíces superiores, perteneciendo los trastornos de las inferiores á lo que gráficamente debe llamarse *zona de penumbra patológica*.

El diagnóstico diferencial más importante es éste que acabo de

hacer entre parálisis radicular superior é inferior; las otras especies morbosas con que pudiera confundirse están distanciadas por hondas diferencias, siendo muy fácil descontarlas: no se trata de una lesión ósea articular, porque los movimientos pasivos se efectúan con toda libertad, porque no hay ningún signo físico de deformación ni de cambio de situación en estas partes; no se trata de una alteración muscular primitiva, porque la noción etiológica, el comienzo agudo, la evolución regresiva y la falta de fenómenos locales dolorosos é inflamatorios, nos obligan á rechazar las atrofias miopáticas y las miositis. ¿Podría pensarse en una lesión central, en una alteración de los segmentos medulares que dan origen á las raíces que van á constituir el plexo braquial? Esta hipótesis merece ser examinada detenidamente: el asiento bilateral, aunque desigualmente repartido, de los trastornos, es un argumento en pro de la localización central; por otra parte, la distribución de la parálisis, la existencia de la atrofia y de la abolición de los reflejos, es común á las lesiones radiculares y medulares: la exploración eléctrica debe revelar importantes cambios en el caso de localización radicular, mientras que en el de la medular esos cambios son inconstantes, y como en el caso presente el electrodiagnóstico, acaso por haberse practicado demasiado tarde, sólo dió datos incompletos, nos vemos privados de este medio de diferenciación. Los trastornos sensitivos faltan por completo en el caso de lesión medular limitada á las regiones anteriores (que son las que dan el síndrome de parálisis flácida y amiotrofia), pero se presentan cuando están interesadas las regiones posteriores, y como en el caso presente indiscutiblemente han existido, habría que admitir para explicarlos una lesión que afectara á la médula anterior y posteriormente, es decir, en totalidad; pero como, según demostraré más adelante, la única hipótesis admisible es la de un agente de compresión exterior, esta acción constrictiva, al ejercerse por detrás y por delante, necesariamente habría de efectuarse también por los lados, y se manifestaría con los síntomas de compresión del cordón lateral (hipertonia muscular, exaltación de reflejos tendinosos), y como los síntomas de esta compresión lateral faltan en absoluto, queda demostrada la inexactitud de la hipótesis de lesión medular.

Una vez localizado el proceso en el punto de arranque de las raíces que van á formar el plexo braquial (pues el carácter bilateral de las lesiones, y además ciertas consideraciones etiológicas que á continuación expondré, nos obligan á suponer el foco patológico muy

próximo á la médula), y resuelto así el problema topográfico, queda por discutir el diagnóstico anatomopatológico y el etiológico, que en este caso, por sus circunstancias especiales, pueden y deben estudiarse inmediatamente, pues la averiguación del uno implica la del otro.

Es evidente que el padecimiento de éste enfermo es de origen traumático. Sin antecedentes patológicos familiares ni individuales, sin perturbación premonitoria alguna, en plena salud, sufrió un violento traumatismo que puso en grave riesgo su vida, y de aquel momento arrancan los trastornos morbosos que ha sufrido por espacio de dos meses, y que siguiendo una evolución constantemente regresiva, á partir de la fecha del accidente, que marca el acmé del proceso, han terminado por la curación completa.

No se han podido apreciar directamente las lesiones responsables de las alteraciones nerviosas, única consecuencia duradera de la acción traumática, pero afortunadamente la coexistencia de otras lesiones determinadas por la misma causa y de muy fácil observación por lo superficiales, nos permiten, por una muy fundada analogía, deducir la naturaleza de los cambios patológicos profundos, deducción, por otra parte, plenamente confirmada por el resultado del análisis clínico. La acción traumática ha consistido en la violenta compresión de todo el cuerpo por una enorme masa humana en movimiento, dando lugar á síntomas de asfixia y á pérdida de la conciencia; disipados estos trastornos de momento, no quedaron como signos aparentes del intenso traumatismo sufrido más que las sufusiones sanguíneas cutáneas, los equimosis subconjuntivales, las perturbaciones motoras y sensitivas de los miembros superiores: el medio líquido orgánico, la sangre, experimentó la enérgica acción compresiva y buscó expansión abandonando los vasos, demasiado disminuídos de capacidad para poder contenerla; se esparció en focos discretos y en tenues manchas difusas por debajo de la piel; se acumuló en cantidad notable entre la conjuntiva y la esclerótica, y también debió extravasarse en el interior del conducto raquídeo, dando lugar á los fenómenos nerviosos que minuciosamente he relatado.

Como se trata de un niño, y de un niño sin historia patológica previa, con su sistema vascular en excelente estado de integridad, no tiene nada de extraño que las hemorragias internas se hayan reducido á tan escasas proporciones, no obstante lo violento de la compresión; hubiérase tratado de un viejo ó de un adulto con

sus arterias desgastadas, poco elásticas, y seguramente los resultados hubieran sido más graves y más irreparables.

La hemorragia se ha localizado en la porción cervical del conducto raquídeo, mas precisamente, en la parte inferior de esa porción cervical y en el comienzo de la dorsal; varias razones explican esta localización: la vascularización de la médula es aquí más rica que en las partes vecinas, porque esa región corresponde al abultamiento cervical (extendido desde la primera vértebra cervical hasta la segunda dorsal), y la mayor masa nerviosa, y sobre todo la mayor actividad funcional, exige más abundante provisión sanguínea; además, es esta parte de la columna vertebral la dotada de mayor movilidad, y siendo sus movimientos más extensos, han de ser los medios de unión más laxos, y por consiguiente, han de estar los vasos contenidos en el conducto raquídeo más expuestos á sufrir distensiones y dislaceraciones.

Muy lógico es, por consiguiente, que se haya determinado en este lugar la extravasación sanguínea, dando lugar á síntomas de compresión de las raíces correspondientes, sin aparente participación del eje medular. La inmunidad de éste explícase también muy satisfactoriamente, pues en virtud de la gran movilidad de que goza este segmento, y para evitar toda injuria de la médula por los bruscos desplazamientos á que ha de verse sometida, está aquí mucho más holgadamente contenida dentro de su estuche óseo que en ninguna otra región del conducto raquídeo, de modo que tiene espacio sobrado para moverse; esta misma holgura explica que pueda evitar la acción de los agentes de compresión intrarraquidianos, como ocurriría en el caso presente admitiendo que el derrame sanguíneo se ha verificado en el interior del raquis. En cambio, las raíces, más fijas, puesto que tienen un puesto obligado de salida, no pueden huir tan fácilmente de las causas de compresión.

También pudiera suponerse que la extravasación sanguínea no se ha verificado dentro del canal vertebral, sino en el interior mismo de las raíces del plexo braquial, es decir, que se trataría, en vez de un hematorraquis, de una hemorragia radicular intersticial. En varios territorios nerviosos se han descrito, con el apoyo de la observación anatomopatológica, procesos de esta naturaleza. Es bien conocida la llamada neuritis apoplectiforme, que interesa de preferencia al ciático, y que presenta exudados sanguíneos infiltrados entre las fibras nerviosas, á las que comprimen y destruyen en parte. Muchas amaurosis, ambliopías y escotomas centrales, consecu-

tivos á traumatismos de la cara y cráneo, curables espontáneamente, se explican también por la producción de una infiltración hemorrágica reabsorbible entre las fibras del nervio óptico. Es, por lo tanto, muy racional suponer que en el caso presente pudiera haber ocurrido algo parecido en las raíces braquiales, pero la bilateralidad del proceso y la mayor probabilidad de la producción de extravasaciones sanguíneas en un tejido tan laxo y tan ricamente vascularizado como el perimedular, en contraste con lo denso y relativamente pobre en vasos de la textura de las raíces nerviosas, hacen más verosímil la hipótesis de hematorraquis.

En este supuesto, y si la reparación espontánea hubiera faltado, podría pensarse en una intervención que, despejando el foco hemorrágico, hiciera desaparecer los síntomas de compresión, pero afortunadamente, en este caso la naturaleza ha llenado esta indicación mejor y con más brillante resultado que cualquier maniobra quirúrgica.

REVISTA DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO RUEDA

Director de la consulta oto-rino-laringológica del Hospital de la Princesa

---

SUMARIO: I. Cirugía del laberinto.—II. Patogenia de la otitis media purulenta en los niños. Investigaciones experimentales.—III. Cloroformización y rinología.—IV. Inflamación de la tonsila faríngea.—V. Sobre una operación por cáncer peri-amigdaliano.—VI. La santonina en el tratamiento de las crisis laríngeas tabéticas.

I. Son todavía muy escasas las publicaciones sobre la patología del laberinto en relación con la operatoria. Según creo, fué Jansen (de Berlín) quien primero trepanó el laberinto en estado séptico, siguiendo después una publicación de Hinsberg en 1902, una de Lermoyez, que no está apoyada en observaciones personales, otra del Dr. Botey, de la que ya hemos dado cuenta en estas *Revistas*, y finalmente, la última aparecida del Dr. Julien Bourguet, prosector en la Facultad de Medicina de Toulouse, que consideramos meritoria por la técnica que propone, basada en un estudio anatómico topográfico detallado. Nos referimos aquí á la cirugía laberíntica ne-

cesaria para la curación de los procesos supurados del vestíbulo, del caracol ó de los conductos semicirculares, pues que por otros conceptos también se ha realizado cirugía laberíntica, y en estas mismas *Revistas* hemos publicado un extracto de tres operaciones practicadas por Urban Pritchard para combatir ruidos subjetivos y estado vertiginoso.

Nótase, por lo que llevo apuntado, que este nuevo capítulo de la otología tiene ya dados serios pasos para su constitución definitiva, siendo de esperar que muy pronto serán precisadas las indicaciones operatorias y entrará la práctica del vaciamiento laberíntico en el camino de las cosas vulgares.

No hemos de ocuparnos aquí en detallar todos los extremos concernientes á la materia, siendo nuestro objeto dar á conocer solamente el último progreso aportado por el Dr. Bourguet; pero cúmplenos recordar, que para penetrar en el laberinto, previo vaciamiento amplio de la mastoides y extracción de la cadenita ósea, se señalan en la historia de la cuestión los tres métodos de Jansen, de Hinsberg y de Botey, no existiendo entre ellos más diferencias radicales que el camino emprendido, según proceden de delante atrás ó á la inversa.

El procedimiento de Bourget nos parece más fundamentado en el estudio topográfico y tiene la novedad del empleo de un instrumentito ingenioso, *protector del facial*, calcado sobre el conocido protector de Stacke.

Sabemos todos que en el vaciamiento mastoideo, cuando llegamos á resecar el *mur de la logette* y la pared posterior del conducto auditivo externo ó la parte exterior del aditus, entonces es conveniente utilizar el protector de Stacke, que defiende contra los choques del escoplo el conducto semicircular externo y el nervio facial, órganos que caminan inmediatamente por detrás en la pared interna del aditus. Pues bien, contra este punto precisamente tenemos que proceder en la trepanación laberíntica, y en tal maniobra hemos de proteger el nervio facial, que pasa por el acueducto de Falopio 3 milímetros inmediatamente por encima de la ventana oval.

Para llenar este propósito, procede el Dr Bourguet del siguiente modo: Después de un extenso vaciamiento mastoideo, en el que se sacrifica todo lo posible de la parte alta para dejar bien á descubierto el campo operatorio, y después de bien limpia la caja timpánica y extraídos el martillo y yunque y ampliamente resecado el *mur de la logette*, practica el

Primer tiempo.—Quitar el estribo con maniobras delicadas fáciles de comprender.

Segundo tiempo.—En éste se perfora la parte superior del vestíbulo, el orificio ampular del conducto semicircular externo y del superior, y se trepana la rama anterior del canal externo.

En esta maniobra empleamos el protector, el cual es la misma disposición del protector de Stacke, variando el extremo útil, el cual ofrece una semiluna, de cuyo borde convexo se desprende una especie de uña ó gancho que se dirige hacia abajo, pero de tal modo que entre ambas partes resulta una especie de lecho ó concavidad, sobre la que viene á descansar el acueducto de Falopio. El gancho ó uña inferior penetra en la ventana oval, con lo que la semiluna, con su concavidad mirando arriba, viene á aplicarse sobre el trozo de pared que está inmediatamente por encima. Ahora bien, si trepanamos en el centro de esta semiluna inmediatamente sobre su borde, pasamos sin herir el facial, que queda por debajo.

Después nos dirigimos un poco arriba y trepanamos la extremidad inferior de la rama anterior del canal vertical. Quitamos el protector y vaciamos la rama anterior del canal semicircular externo hasta su reflexión, y ahora, pasando un hilo de latón fino por la parte de conducto que resta, nos sirve de conductor para vaciarla.

Tercer tiempo. — Consiste en la apertura inferior del vestíbulo, para lo que no precisa sino ensanchar el límite inferior de la ventana oval hasta llegar á la ventana redonda.

Cuarto tiempo. — Vaciamiento del caracol Hacemos saltar el promontorio, deteniéndonos por arriba en el llamado pico de cuchara, pues inmediatamente por detrás camina el nervio facial, y deteniéndonos por delante á nivel del orificio timpánico de la trompa, pues excediéndonos en este sentido podríamos herir la carótida primitiva.

Y con esto puede darse por terminada la operación, á la que auguramos brillante porvenir.

II. El problema de la patogenia de la otitis media aguda supurada, ha excitado el ingenio de muchos investigadores y originado diversidad de teorías. Es claro que la doctrina parasitaria de la supuración, resuelve de plano para cualquiera región, la cuestión del verdadero agente causal, pero de aquí á determinar cuáles son las circunstancias que en un momento dado ejercen su influencia, bien para que el parásito actúe ó bien para exaltar su virulencia, hay una gran diferencia. De modo que para el oído la cuestión que pre-

cisa solucionar es la determinación de las condiciones que influyen localmente para que los gérmenes muestren su poder séptico.

El Dr. Tanturri, ayudante en el Instituto de Laringología de la Universidad de Nápoles, emprende un trabajo experimental sobre la materia y publica en la *Gazzetta Internacionale di Medicina* una nota previa donde expone el concepto que se ha formado de la cuestión.

Se pregunta el autor, si, como Dieulafoy supone, podría ser comparado el oído medio al apéndice vermicular y considerando que lo mismo que éste es un divertículo del aparato digestivo, igualmente podemos admitir que la caja timpánica, lo es del aparato respiratorio. Ahora bien, la teoría de la cavidad cerrada con aumento consiguiente de la virulencia de los gérmenes patógenos que invoca Dieulafoy para explicar la apendicitis ¿puede tener aplicación para interpretar la patogenia de la otitis media aguda?

Para dar contestación á esta pregunta, emprende el Dr. Tanturri un trabajo experimental, tomando al conejo como sujeto de examen y al efecto, realiza una disposición instrumental y operatoria semejante á la que se adopta para el taponamiento posterior de las fosas nasales, empleando una sonda de Nélaton como instrumento portador de un tapón oclusor de la abertura posterior de las fosas nasales. Este tapón, previo cálculo de distancias anatómicas de las fosas nasales del conejo, está destinado á ocluir la abertura de la trompa de Eustaquio, constituyéndose el oído medio en cavidad cerrada.

Los resultados de esta experiencia los condensa el Dr. Tanturri en las siguientes frases: « La simple oclusión de la abertura faríngea de la trompa de Eustaquio, en el conejo, transforma en cavidad cerrada la cavidad abierta normalmente del oído medio y provoca constantemente una otitis media purulenta aguda, así como la oclusión del apéndice produce la apendicitis».

El estudio minucioso de las alteraciones histológicas y de la bacteriología en los varios estadios de la afección experimental, formará el objeto de trabajos y publicaciones sucesivas.

III. Nos parecen muy atendibles las consideraciones que sirven de preámbulo al trabajo que el Dr. J. Toubert (de Val-de-Gráce), dedica á una materia de tanto interés como la cloroformización en rinología.

Sin entrar en el detalle de las múltiples cuestiones que la fisiología ha resuelto en lo referente á las diferencias notables entre las

respiraciones nasal y bucal, es pertinente dejar sentado que la primera es la natural, la que aporta al aparato pulmonar y circulatorio el máximum de oxígeno utilizable, la que procura la humedad y temperatura apropiadas á la delicada superficie de las vesículas pulmonares, y por lo tanto, la que en principio general debe ser utilizada en un acto de tanto compromiso fisiológico como la cloroformización.

Desde que la experiencia en la anestesia clorofórmica ha demostrado lo esencial que para el resultado final es la manera de ser administrado el cloroformo, se ha venido á concluir la necesidad de practicar su inhalación mezclándolo al aire y mejor al oxígeno, según lo practica Roth-Dräger. Este desideratum cúmplese más fácilmente y por procedimiento natural, ejecutando la anestesia por vía nasal, teniendo cuidado de no verter grandes cantidades de cloroformo y haciendo respirar al paciente á veces el aire puro.

Esta verdad que apuntamos solamente, condena todos aquellos procedimientos que por razones especiales de localidad operatoria, eligen la vía bucal para la anestesia; es muy ingenioso llevar los vapores clorofórmicos hasta la misma laringe utilizando tubos especiales que todos los cirujanos conocen, pero en verdad, siempre que podamos utilizar la vía nasal debemos aprovecharla.

Estas consideraciones reciben refuerzo cuando la operación quirúrgica ha de realizarse en las mismas fosas nasales ó en una región anatómica con ellas relacionada. En este caso es de precisión, ó por lo menos de gran utilidad, no interrumpir la cloroformización durante el tiempo de la intervención, lo que no es fácil de realizar con los aparatos de anestesia á base de mascarilla buconasal que, por necesidad, ocultan el campo operatorio.

Con el fin de solventar este obstáculo, presentó el Dr. Toubert, á la Sociedad de Cirugía de París, el 14 de junio del presente año, un aparato que consideramos sencillo, ingenioso y nada dispendioso, por lo que sin reparo alguno lo recomendamos á los prácticos.

El fundamento del aparato es el siguiente: hacer llegar cloroformo al aparato respiratorio, mezclado con aire y haciéndolo pasar por las fosas nasales por medio de un tubo que llega hasta la faringe, sin perturbar las maniobras del operador. Supongamos un embudo que por el vértice termina en un tubo de goma y cuyo interior contiene algodón. Las paredes de este embudo son perforadas por el conducto de salida de una bomba aspirante-impelente, que sin inconveniente puede ser la de inyectar aire á los pneumá-

ticos de las bicicletas. Este conducto de la bomba de aire atraviesa por el centro del algodón contenido en el embudo y llega al tubo en que se prolonga. Ahora bien, si introducimos en una fosa nasal, hasta la faringe el tubo, prolongación del embudo, vertemos el cloroformo á gotas sobre el algodón que contiene el recipiente é inyectamos aire con la bomba, seguramente habremos conseguido realizar el propósito del autor. Las anestesias que tiene realizadas por tal medio, dan un resultado favorable en el sentido de que el vómito no molesta, la cantidad de cloroformo empleado es pequeña y las molestias posteriores se reducen al mínimum.

Aunque no tenemos que hacer reparo alguno al mecanismo propuesto por el Dr. Toubert, debemos decir aquí que, desde hace bastante tiempo he operado en las fosas nasales sirviéndome de cloroformizador el Dr. Mut, quien ha empleado una disposición que considero más cómoda. El tubo intranasal es el mismo, pero para hacer llegar á él los vapores de cloroformo, se emplea una disposición parecida á la del pulverizador Richardson, con el que la mezcla de aire y cloroformo parece asegurada.

IV. Como estas *Revistas* van muy particularmente dirigidas al médico en general que precisa conocer lo más culminante del movimiento científico en la oto-rino-laringología, no debe extrañar que á veces procure aclarar las materias con alguna explicación que á los especialistas pueden parecer pueriles.

Al reseñar en este momento las ideas vertidas por Mc. Bride en su breve publicación sobre la inflamación de la tonsila faríngea aparecida en *The Lancet* en el día 14 del mes de octubre, no debe sorprender que, á guisa de introducción, exponga aquí lo que en la fraseología de la especialidad entendemos por tonsila faríngea. A este efecto, precisa recordar lo que se describe con el nombre de «anillo ó círculo linfático de Waldeyer», es decir, una serie de tejido adenoide que se distribuye en agrupaciones varias, cuyo conjunto constituye una especie de marco que circunscribe el espacio faríngeo. En este círculo linfático se diferencian claramente cuatro grandes agrupaciones: dos laterales, que son las tradicionales y vulgares amígdalas, que nosotros llamamos amígdalas palatinas, una inferior colocada en la base de la lengua por detrás de la V de papilas caliciformes y que llamamos amígdala lingual, y por fin, otra superior colocada en la bóveda faríngea en el punto correspondiente á la apófisis basilar del occipital y que llamamos cuarta amígdala, amígdala de Luscka ó tonsila faríngea. Estas cuatro agrupaciones no

son discontinuas, sino que más bien se establece entre ellas un paso gradual señalado por conglomerados más ó menos abundantes de folículos adenoides, que vienen á completar el círculo de Waldeyer.

Estas agrupaciones linfáticas tienen la misma constitución anatómica; posiblemente desempeñan idéntico papel fisiológico, muestran parecidas tendencias patológicas y, finalmente, yo personalmente creo que todas tienen la misma patología aguda, aunque la clínica tradicional no lo tiene señalado.

A demostrar esta idea, tiende el trabajo de Mc. Bride, quien, después de una larga experiencia de especialista, confiesa no haber visto más que dos casos de tonsilitis faríngea aguda comparable á la vulgar amigdalitis lacunar aguda. Explica el autor esta rareza en la circunstancia de que, siendo la tonsila faríngea visible tan sólo por medio de la rinoscopia posterior y siendo la inflamación aguda de esta amígdala, enfermedad febril, no pasa á ser sujeto de observación del especialista, permaneciendo en el campo del médico general que, nada experto en rinoscopia, trata el padecimiento cual una pirexia X, dependiente de un enfriamiento ú otra circunstancia cualquiera. En verdad, que tal razón nos parece plausible y se nos ocurre que debe existir una multitud de estados piréticos de causa no definida en cada caso concreto, y cuyo substratum anatomopatológico debe residir en la inflamación de la tonsila faríngea.

En los dos casos que relata Mc. Bride, se ha podido determinar por la rinoscopia posterior, la existencia de puntos blancos idénticos á los de la angina pultácea, coincidiendo con estado febril, sin existir nada en las amígdalas palatinas. Dirijan los médicos generales su atención en este sentido, y seguramente contribuirán á la constitución de un nuevo capítulo de la clínica.

V. El Dr. L Heidenhain, publica en el *Deutsche Zeitsschrift für Chirurgie*, tomo XXVII, una operación que por lo extensa vamos á extractar, pues representa un verdadero *tour de force* quirúrgico.

Un carcinoma del borde alveolar del maxilar superior, es operado y recidiva comprendiendo las proximidades de la amígdala y entonces el autor, siguiendo su idea de que las partes musculares próximas deben ser extirpadas al propio tiempo que los puntos óseos en que se insertan, practica la siguiente operación.

Incinde empezando en el ángulo de la boca y siguiendo hasta el ángulo de la mandíbula para descender hasta las astas del hioides, y prolonga la incisión por arriba hasta el vértice de la mastoides. Diseca los colgajos, separa la parótida del masetero, desarticula la

mandíbula y secciona el tendón del músculo temporal en su inserción á la apófisis coronoides del maxilar inferior. Secciona con escoplo el pómulo adelante y atrás para dejar á descubierto la base craneal, de la cual separa la apófisis pterigoides, desprendiendo con ella los músculos pterigoideos. Divide el suelo de la boca á lo largo de la lengua, reseca la mitad correspondiente de la pared faríngea y del paladar blando, reseca luego con escoplo parte del maxilar superior, comprendiendo la porción inferior del pómulo, conservando el suelo de la órbita, el cornete superior y el tabique nasal.

Se cierra la brecha faríngea dejando un orificio grueso como el pulgar, y el carrillo es cosido al borde de la lengua en la incisión practicada en el suelo de la boca. La alimentación se ha realizado con sonda los primeros días. ¡Y este enfermo dice el autor que ha curado!

VI. En la dolencia proteiforme conocida con el nombre de tabes dorsal y que se nos presenta bajo tan diferentes manifestaciones, según el punto del eje cerebro-espinal que con predileción ataca, existe un fenómeno que conocemos con el nombre de crisis laríngeas que es un espasmo de la glotis al que suelen preceder manifestaciones diferentes de orden sensitivo en la zona inervada por el laríngeo superior, pudiendo compararse la totalidad del fenómeno á otras diversas crisis que en la tabes aparecen y que son á veces crisis gástricas, oculares, dolores fulgurantes, etc.

El italiano, Dr. Negro, fiándose en los resultados favorables obtenidos con la santonina en los dolores fulgurantes, ha sido el primero que la ha ensayado en las crisis laríngeas y el Dr. Collet (de Lyon), considerando el fenómeno, cual un reflejo, cuyo punto de partida sensitivo lo considera en la zona del laríngeo superior, y apoyándose en la afirmación de Lepine, según la que sería constante la integridad anatómica del recurrente, mientras que, el laríngeo superior, estaría afecto de neuritis, ha tenido ocasión de experimentarla en una enferma de cincuenta y un años de edad, habiendo obtenido los mejores resultados. La administración de 45 centígramos diarios, es claro que han acarreado la xantopsia y la orina amarilla, pero han procurado la desaparición completa de las crisis laríngeas que en siete meses no reaparecieron y que cedieron por segunda vez, tan pronto como se reanudó la administración del medicamento. Es digno de ser notado, que semejantes crisis no habían podido ser influenciadas por ninguna de las numerosas substancias empleadas en el caso.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Tratamiento del bocio exoftálmico. — De un interesante trabajo publicado por el distinguido especialista Dr. Jerónimo Galiana Soriano, de Madrid, extractamos las siguientes ideas, en las cuales la originalidad del asunto y el éxito alcanzado, justifican la necesidad de dar cuenta de él:

«No me detendré—dice el Dr. Galiana—á exponer y justipreciar las múltiples hipótesis que han sido emitidas relativamente á la naturaleza de este proceso, limítome á manifestar que considero como la más verosímil la que atribuye el fundamento de la serie de perturbaciones que en esta enfermedad se presentan á trastornos funcionales del tiroides, ya sean estos trastornos primitivos en el orden de la filiación patogénica, según opinan algunos (*teoría tiroidea* pura), ó ya deba buscarse el *primum movens* en una perturbación del sistema nervioso, según creen otros, la cual determinaría una alteración nutritiva del tiroides, y como consecuencia, el trastorno lesional y funcional que en este órgano se presenta (*teoría neurotiroidea*).

»La índole de esta alteración funcional de la glándula tiroides no está aun determinada; las hipótesis patogénicas han de carecer por lo mismo de solidez, y deben admitirse como hipótesis verosímiles, tanto la que atribuye la enfermedad á una simple hiperactividad funcional de esta glándula, que daría por resultado una hipertiroidización del organismo, como la que la cree dependiente de una perturbación de la función tiroidea, que, engendrando un veneno especial, daría lugar al bocio exoftálmico, así como la que señala como fundamento patogénico el que el tiroides en estos enfermos deja de producir un antídoto normal encargado de destruir un veneno también normal formado en el organismo, el cual sería la causa específica del estado mórboso que estudiamos. No es tampoco conocida la manera de obrar del producto de la secreción anormal, sea el que quiera, pues existe la legítima duda de si actuará directamente sobre los órganos que en el bocio exoftálmico se hallan alterados, ó si irá á estimular á los centros nerviosos, siendo éstos los que llevarían la perturbación á los órganos que aparecen afectos. Al sistema nervioso se le quiere dar, pues, en esta enfermedad una doble significación patogénica: de un lado, el de ser la causa determinante del trastorno nutritivo, y, por consiguiente, del lesional y del secretor de la glándula tiroides; y de otro, el de engendrar, á impulso de la autointoxicación producida, los síntomas que constituyen el cuadro clínico de la enfermedad de Basedow, pero sin que se precise la naturaleza ni el asiento de la perturbación que e sistema nervioso experimenta.

» Hace notar que el hecho que se destaca en todas estas hipótesis es que la función perturbada del cuerpo tiroides, como glándula de secreción interna, constituye la clave patogénica de las demás alteraciones que ofrece

la enfermedad. Basándome en este hecho, siquiera sea hipotético, y teniendo en cuenta, por otro lado, que las corrientes galvánicas, aplicadas de una manera estable, ejercen una notable acción sobre el metabolismo nutritivo, principalmente en el sitio en que se aplican, y buscando precisamente con ellas el desenvolvimiento de estas acciones catalíticas, empecé haciendo las aplicaciones sobre el tiroides de los basedowianos, por si con ellas conseguía orientar en sentido fisiológico la nutrición perturbada de este órgano, y como consecuencia, obtener la normalidad secretoria del mismo, viendo con satisfacción confirmado en la práctica este apriorismo que yo había formulado, toda vez que observé que tanto en el primero como en los demás casos se modificó la enfermedad notablemente, hasta el punto de conseguir casi la curación; y aunque la interpretación que dejo expuesta no fuera acertada, el hecho de la gran mejoría debida al tratamiento es indudable, y por lo tanto, semejante interpretación ha sido de verdadera utilidad, porque en ella me fundé para poner en práctica este recurso terapéutico.

»El método electroterápico que he empleado consiste en lo siguiente: aplicaciones estables de corriente galvánica, colocando el polo positivo sobre la parte baja y posterior del cuello, y el negativo sobre la región del tiroides, en la parte más abultada de este órgano. En cuanto á la dosificación de la corriente, diré que he invertido en cada sesión de cinco á ocho minutos, empleando una intensidad de seis á diez miliamperes y utilizando como polo activo, es decir, el que actúa sobre el tiroides, un reóforo circular de cinco centímetros de diámetro. Si en las aplicaciones se varían la intensidad de la corriente ó la extensión de la superficie del electrodo activo, cambiará la densidad de la corriente en este último punto; factor importantísimo que hay que tener muy en cuenta, pues si empleando el mismo número de miliamperes actuamos con un electrodo mayor que el indicado, por ejemplo, la acción de la corriente sobre un punto determinado resultará menor, por ser menor la cantidad de electricidad que sobre este punto obrará; mientras que sucederá lo contrario si con igual intensidad de corriente se pusiera un electrodo más pequeño. La ley que dice: «la densidad de la corriente es directamente proporcional á la intensidad, é inversamente proporcional á la sección del conductor» (superficie del electrodo), entiendo que es de oportunidad el recordarla, porque tal vez se prescinde frecuentemente, al hacer las aplicaciones eléctricas, de la extensión del reóforo, fijándose sólo en la intensidad de la corriente; siendo así que la extensión del reóforo constituye un detalle siempre importante, especialmente en el caso actual, en que se buscan efectos catalíticos.

»Las sesiones deben ser diarias, sobre todo, en los primeros tiempos del tratamiento, pudiendo después hacerse en días alternos si disminuye la intensidad del estado morboso. En los casos en que el bocio ofrece dimensiones muy considerables, suelo hacer dos aplicaciones en una misma sesión, variando de sitio e polo que coloco sobre el tiroides.

»En la región tiroidea suele producir la corriente pequeñas escaras por electrolisis, no obstante ser poca la intensidad de dicha corriente, contribuyendo á ello el hacerse las aplicaciones tan repetidas y en un mismo sitio, el ser pequeño el electrodo y el tratarse de polo negativo, que es el

que suele determinarlas con más frecuencia. Estas pequeñas lesiones, que en sí no tienen importancia por su fácil curación, la tienen en cuanto nos obligan á suspender temporalmente el tratamiento, debiéndose, por lo tanto, evitarlas, lo que puede en parte conseguirse variando en cada sesión un poco la colocación del electrodo y cuidando de que éste esté bien almohadillado, y sobre todo, de aplicarle de plano, pues he visto que la mayor parte de dichas cauterizaciones resultan de aplicar el reóforo, no de plano de una manera uniforme, sino comprimiendo más con uno de sus bordes, lo que hace que, actuando la corriente en una extensión más reducida, la densidad eléctrica resulte aumentada, aparte de que el borde metálico está menos protegido, y por consiguiente, su contacto produce lesiones más fácilmente. En la placa posterior estas mortificaciones no se presentan, por ser el electrodo mucho mayor (rectángulo de 6 por 10 centímetros de lado). Conviene mucho que las placas estén cubiertas, no sólo de gamuza, sino además de una substancia especial que ponen ciertos fabricantes (Hirschmann), con lo que disminuye en mucho la producción de semejantes destrucciones electrolíticas.

»Mediante este tratamiento, las manifestaciones de bocio exoftálmico que ceden en primer término son aquellos trastornos que, según parece, dependen directamente del sistema nervioso; y en este orden se halla el insomnio, que aun siendo muy pertinaz, cede á los pocos días; lo cual es tanto más importante cuanto que el restablecimiento del sueño es un poderoso medio de reconstitución orgánica. Al mismo tiempo va desapareciendo también el conjunto de síntomas que forman la anormal mentalidad de muchos basedowianos, tales como la tristeza y la sensación de malestar interior constante, análoga á la ansiedad del melancólico, que obliga á vivir á estos sujetos en continua y angustiosa inquietud; lo altamente irritable del carácter, la tendencia impulsiva á la riña y el temor vago é infundado, así como cierta desconfianza general, indudablemente de matiz persecutorio, cuyos trastornos experimentan de ordinario los afectados de bocio exoftálmico agudo y los crónicos cuyo padecimiento es intenso. La sensación de sed ardorósa y la de calor interno, suelen ir disminuyendo á compás de los síntomas que dejo indicados.

»El temblor es otro trastorno que, aunque más tarde, cede también por completo, y antes que este síntoma desaparece esa sobrexcitabilidad general que engendra cierta incoordinación en los movimientos complejos, y la cual es semejante á la que ofrecen las personas de temperamento nervioso cuando se hallan bajo la influencia de una emoción.

»De los trastornos cardíacos, los primeros que desaparecen son los ataques de palpitaciones, tanto los espontáneos como los que se presentan al ejecutar movimientos algo activos y á consecuencia de las emociones, haciéndose más ordenado el funcionalismo del corazón. El número de pulsaciones, aunque no se restituye á la cifra norma , sí disminuye considerablemente, hasta el punto de que algunos casos desciende desde 150, que es el número probablemente máximum, á 85 pulsaciones por minuto. Esta diminución de la frecuencia del pulso y sobre todo la falta de crisis de palpitaciones, hacen que el enfermo pueda andar y subir escaleras sin que la disnea se lo impida.

»También ejerce acción favorable este tratamiento sobre el desarreglo del funcionalismo cardíaco.

»El tratamiento de que me ocupo ejerce también sobre los ojos una influencia muy favorable. Lo primero que el enfermo va recuperando es la agilidad perdida del globo ocular, pues antes de comenzar el tratamiento, difícilmente, ó por lo menos con gran pereza, puede el paciente ejecutar con sus ojos los movimientos fisiológicos, sobre todo cuando la voluntad no interviene decididamente.

»El exoftalmo cede mucho, pero no llegan los ojos á recuperar por completo su posición normal, sobre todo cuando la enfermedad es antigua; pero es evidente que la reducción se verifica en grado notabilísimo.

»El bocio también disminuye, pero es, de todas las manifestaciones de esta enfermedad, la que lo hace en menor grado de ordinario, pero puede llegar á desaparecer casi completamente, como sucedió en dos de mis enfermos. Al final del tratamiento queda, pues, reducido el cuadro sintomático de los enfermos de bocio exoftálmico, aun en aquellos en que el proceso era más intenso y de marcha más aguda, en las que el cortejo de perturbaciones daba á la enfermedad un carácter grave y altamente molesto, á un bocio simple, ó por lo menos á la apariencia de tal, esto es, á algo de bocio y si acaso á una ligera frecuencia de pulso (85 pulsaciones), si bien este último fenómeno va unido casi siempre al bocio simple, según he tenido ocasión de observar.

»Los resultados conseguidos se refieren á una serie de diez casos, y son bastante número para desde luego poder afirmar que tales éxitos no son una casualidad, sino que hay indudable relación de causa á efecto; siendo además muy digno de mención, por la fuerza probatoria que implica, el hécho de no haber fracasado el tratamiento en ningún caso, pues en todos el éxito ha sido bastante satisfactorio. Por otra parte, la circunstancia de haber transcurrido más de tres años después del tratamiento, como ocurre con el primer enfermo, y dos años y medio en el segundo, y no haberse recrudecido el padecimiento, sino, por el contrario, continuando los individuos tal vez mejor que á raíz de la suspensión del tratamiento, parece demostrar que lo conseguido no fué simplemente una remisión de síntomas, sino una mejoría estable y tal vez definitiva, que permite abrigar la esperanza de una curación».

De varias historias clínicas entresacamos la siguiente, referente al grabado que acompaña.

Se refiere á una enferma con bocio exoftálmico agudo y muy intenso, y añade :

«Tenía dieciséis años de edad. Llevaba ya unos días en el mismo estado en que la encontré, que era el siguiente : Delgadez extremada; falta de fuerzas, en tal grado que no podía tenerse de pie; bocio bien marcado, pero no grande, estando más abultado el lóbulo derecho; 150 pulsaciones por minuto, cuyo número aumentaba mucho apenas la enferma se agitaba algo; fuertes y frecuentes ataques de palpitaciones, que iban acompañadas de dolor en la región precordial y de sensación de ahogo; exoftalmo no muy considerable, pero sí bien manifiesto, siendo más saliente en el lado derecho; dolor á la presión en ambos ojos y mayor en este último; dilata-

ción pupilar, mayor en el ojo izquierdo y en ambas pupilas, contracción normal á la acción de la luz y deficiente á la acomodación. En los movimientos de los globos oculares ocurría en esta enferma un fenómeno contrario á lo que comúnmente sucede, y es que los inconscientes estaban aumentados y la voluntad no podía mantener quietos á dichos órganos durante cierto tiempo, tanto que por esto era difícil realizar la exploración de la reacción pupilar; no existía temblor vibratorio, pero sí cierto desor-

Al comenzar el tratamiento.

den motriz que se apreciaba bien en la ejecución de los movimientos de las manos; polidipsia, bulimia y poliuria (sin azúcar en la orina); sensación de calor interior, pero la temperatura no pasó de 37.°; inquietud é insomnio absoluto; no podía andar por falta de fuerzas y porque, al intentarlo, el corazón se agitaba extraordinariamente; fuertes latidos en las carótidas, y sobre todo en la aorta abdominal, tanto que los de esta última movían las paredes del vientre, y por último, diarrea abundante de curso intermitente.

»El 23 de junio de 1902, fué cuando por primera vez vi á esta enferma, y continué visitándola hasta el 22 de julio, en que, convencido de la inutilidad de los recursos ordinarios para combatir su enfermedad, que más bien iba en aumento, la aconsejé que fuese á mi casa para tratarla por la electrici-

dad; pesaba entonces 32 kilos. La marcha que siguió el padecimiento se ajusta á la pauta general que he expuesto anteriormente, resaltando en este caso la prontitud con que recuperó el sueño, pues la noche primera ya durmió siete horas, iniciándose la reconstitución orgánica, toda vez que al sexto día pesaba un kilo más, continuando el aumento de peso en lo sucesivo; desaparecieron las palpitaciones, lo que unido á la fuerza, aunque escasa todavía, que había adquirido, explica el por qué á los tres días pudo

Al terminar el tratamiento.

andar y aun subir escaleras; las crisis diarreicas desaparecieron sin tratamiento farmacológico; y, en fin, por la segunda fotografía de esta enferma, que está hecha al mes y medio de tratamiento, puede formarse idea del profundo cambio obtenido».—SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 11 de Octubre de 1905 (1).

Heridas perforantes del corazón.—El Dr. Picqué: Este individuo, que fué operado por mi interno, recibió una cuchillada en la región cardíaca. La herida torácica no sangraba, pero el enfermo presentaba signos de hemorragia interna. Después de abrir una ventana cutánea y muscular, se resecó parte de la tercera y cuarta costilla descubriéndose primero derrame de sangre en la cavidad pleurítica y después distensión del pericardio, en un punto del cual había una perforación de la que salía sangre al contraerse el corazón. Agrandada la incisión y extraídos los coágulos sanguíneos del pericardio, apareció una herida en el ventrículo derecho sobre la que fueron aplicados hilos de seda; después se suturaron el pericardio y la herida cutánea. El enfermo curó.

Poco tiempo después operé á una mujer de veinticuatro años que en una tentativa de suicidio se disparó un tiro de revólver sobre el corazón. Cuando ví á la enferma no presentaba signos típicos de herida cardíaca; tenía 38°,3 de temperatura. No obstante, convencido de que el corazón estaba lesionado, intervine y descubrí una perforación del pericardio, el cual estaba lleno de sangre. Extraída ésta descubrí una herida penetrante de la aurícula y ventrículo derechos sin encontrar la abertura de salida del proyectil ni la bala. No hice sutura alguna, limitándome á desaguar el pericardio, con lo que curó la enferma.

El Dr. *Lenormand* refirió un caso de herida del corazón del diafragma y del intestino por bala de revólver. El corazón que había dejado de latir durante ocho ó diez minutos, principió á latir de nuevo después de suturado; la respiración se restableció y el herido vivió cinco horas.

Hernia intrarrectal.—El Dr. Mignon: La rareza del hecho me obliga á referirle. Se trata de un joven de veintidós años que padecía desde hacía algún tiempo dolores hipogástricos con alternativas de estreñimiento y de diarrea. El 3 de julio tuvo un cólico fuerte y apareció un tumor que formaba hernia en el recto. El tumor fué reducido, pero los dolores persistieron y se manifestaron accidentes de oclusión intestinal. Al practicar el tacto rectal descubrí á unos 10 centímetros del ano, un tumor en forma de badajo de campana de 8 á 10 centímetros de longitud. Su extremo inferior era liso, redondo, de consistencia elástica y llenaba la excavación del recto hasta el punto de impedir la introducción del dedo. Por encima parecía

(1) Primera del curso académico actual.

estrangulado y se continuaba por arriba y por delante en dirección al seno de Douglas. El diagnóstico estaba indeciso y evité los accidentes de oclusión practicando la enterostomía en la fosa ilíaca derecha. Al practicarla descubrí que la cavidad peritoneal contenía líquido cetrino y gran número de granulaciones tuberculosas diseminadas por las asas intestinales y el peritoneo.

La operación fué seguida de alivio inmediato; sin embargo, durante un mes los excrementos salieron por el ano artificial, y sólo después de este tiempo principió á funcionar el normal. A los cuarenta y cinco días no se apreciaba tumor alguno al practicar el tacto del recto; sólo había algo de induración en la pared anterior. La ampolla rectal fué recobrando poco á poco sus dimensiones normales, y hoy el enfermo se halla restablecido. Como patogenia de este prolapso, creo que puede invocarse la presión del líquido peritoneal sobre la pared anterior del recto.

Lipoma submucoso estomacal.—El Dr. Hartmann: En una de las sesiones anteriores, el Dr. Benec, de Esmirna, presentó un estómago en cuya pared interna existía un tumor. Al exterior el órgano tenía la forma bilobulada. Dividida la pared se encontró cerca del píloro un tumor extenso, trilobulado y de consistencia lipomatosa. El análisis histológico probó que se trataba de un tumor lipomatoso submucoso. El desarrollo de estos tumores en el tejido submucoso es raro; es el tercer caso que se cita; los otros dos fueron observados por Cruveilhier y Virchow.

(*Le Bull. médical*). — F. Toledo.

VIII CONGRESO FRANCÉS DE MEDICINA

Celebrado en Lieja los días 25, 26 y 27 de Septiembre de 1905.

(Conclusión)

Anatomía patológica y patogenia de las anquilosis vertebrales, y en particular de la espondilosis rizomélica. — El Dr. Leri (Ponente): La afección aislada por Marie con el nombre de espondilosis rizomélica, está caracterizada por la anquilosis progresiva de la columna vertebral y de las articulaciones de la raíz de los miembros. Desde el punto de vista etiológico, la espondilosis es casi siempre debida á una infección ó á una toxi-infección; tal vez es excepcionalmente de origen diatésico; el traumatismo puede desempeñar el papel de causa ocasional. Esta etiología vulgar ha permitido confundirla con el reumatismo vertebral crónico y con la cifosis heredotraumática, si bien los caracteres anatómicos que le son particulares autoriza á que se continúe considerándola como una entidad clínica especial.

En una primera autopsia que data de 1898, y en cuyo cadáver no pudimos examinar más que la columna vertebral, nos permitió observar que la lesión capital era una osificación localizada de las fibras ligamentosas. Diferentes caracteres clínicos y anatómicos nos habían hecho suponer: 1.°, que la osificación predomina en los ligamentos y sus refuerzos; y 2.°, que

es secundaria á una rarefacción del tejido óseo, á una osteopatía, de la cual representaría una especie de proceso curativo. La nueva pieza patológica que presentamos (anquilosis completa desde las rodillas hasta el occipital) nos parece ser muy confirmativa de estas hipótesis, tanto por la lesión de la cadera, como por la fragilidad ósea y la transparencia excesiva de ciertas regiones. La cifosis heredotraumática es, al contrario, una afección local debida á la osificación de ligamentos de antemano rotos por un traumatismo. Desde el punto de vista terapéutico, resulta: 1.°, que en la espondilosis, las resecciones articulares sólo darán resultado verdadero cuando comprendan los ligamentos, pero no deben emprenderse más que cuando el proceso aparece detenido; y 2.°, que se debe utilizar la influencia del peso del cuerpo y la movilización forzada precoz sin brusquedades.

Distrofia articular senil. — Los Dres. Parinot y Etienne (Ponentes): Hemos observado en el 80 por 100 de los viejos de setenta y cinco años en adelante, hombres y mujeres de nuestras enfermerías, una deformación especial de los dedos, caracterizada esencialmente: 1.°, por un mayor espesor de la base de las articulaciones de las falanges, que algunas veces es más manifiesto por coincidir con el enflaquecimiento y por la esclerosis de los tejidos blandos del cuerpo de los dedos; 2.°, por su máximum en la falange; 3.°, por no existir desviación de las falanges; 4.°, por faltar constantemente toda clase de dolor localizado en las articulaciones; 5.°, por no haber contractura ni atrofia muscular; y 6.°, por su generalización. Todos estos caracteres diferencian claramente esta deformación de las artritis deformantes reumáticas, y al contrario de esta última enfermedad, la deformación es mucho más frecuente en el hombre (87 por 1.000) que en la mujer (70 por 1.000). La gran frecuencia de esta deformación en un asilo de ancianos nos conduce á considerarla como una manifestación de la senilidad, inconstante como otros signos del mismo proceso; es independiente de las condiciones profesionales, del exceso de trabajo manual y de las alteraciones más ó menos antiguas del aparato respiratorio. Nos parece que podría ser debida á una alteración de los centros tróficos óseos y articulares en relación con el estado de la médula senil; el estudio radiográfico de las partes óseas parece corroborar esta hipótesis.

Artropatías nerviosas y reumatismo crónico. — El Dr. Etienne (Ponente): El nombre de artropatías nerviosas, que ha sido dado abusivamente á toda lesión articular que se presenta en los mielopáticos, debe ser exclusivamente reservado al síndrome articular descrito por Charcot. La autonomía de este síndrome ha sido negada especialmente por Virchow, en el que no ha querido ver nada más que una artritis deformante reumática, cuyas particularidades de evolución dependen de la tabes concomitante; pero para quien ha seguido la evolución de los dos tipos clínicos, artropatía nerviosa y reumatismo deformante, la asimilación es imposible, aunque, sin embargo, no dejen de haber alguna relaciones entre ellas. Una enferma de setenta años, que padecía desde los cuarenta una tabes extremadamente frustrada y al mismo tiempo artritis crónicas reumáticas, tuvo brusca y rápidamente dos artropatías nerviosas que se le ingertaron en las artritis deformantes muy claras que afectaban las dos rodillas. En otra observación, un carpintero de cuarenta y cinco años resbala de una escalera y se

nteresa las dos articulaciones tibiotarsianas; á consecuencia de este traumatismo, el reumatismo crónico se ingerta en dichas articulaciones; el enfermo contrae después la tabes, y en las dos artritis crónicas tibiotarsianas se ingertan dos artropatías nerviosas indudables.

Bacteriología del reumatismo articular agudo. — El Dr. Henry (Ponente): Mis investigaciones han recaído sobre los cuatro puntos siguientes: 1.°, investigación de los microbios en la sangre de los reumáticos: ocho veces de quince he encontrado el diplococo del reumatismo descrito por Beaton von Walker, Payutou, Triboulet, etc.; 2.°, investigación de una sensibilisatriz con respecto del diplococo en el suero de los reumáticos; resultados siempre positivos, mientras que el suero de otros enfermos no contiene nunca sensibilisatriz; 3.°, investigaciones sobre la sero-aglutinación; la aglutinación del diplococo por el suero de los reumáticos se verifica desde el 1 por 1.000 hasta el 1 por 2.000, mientras que el suero de otros enfermos aglutina el diplococo desde el 1 por 10 al 1 por 100; y 4.°, investigaciones experimentales: inoculación á los conejos y á los perros. Estos animales aguantan dosis enormes del cultivo en caldo. Nuestros experimentos aún no han terminado, aunque algunos autores han reproducido en el animal las lesiones de un reumatismo observadas en el hombre.

Conclusión: El diplococo sería el agente del reumatismo articular agudo y la reacción de fijación podría facilitar el diagnóstico de los casos dudosos y distinguir unas de otras las diferentes artritis.

Manifestaciones oculares del reumatismo crónico. — El Dr. Antonelli (Ponente): 1.° El aparato ocular rara vez está interesado en las formas de reumatismo crónico deformante propiamente dicho, pues este último es, sobre todo, una afección trofoneurótica de las articulaciones, y en todo caso, los venenos bacterianos que las provocan parecen ser toxinas envejecidas de las infecciones de acción muy lenta, sin predilección marcada para los órganos oculares; 2.°, los pseudoreumatismos infecciosos, al contrario, debidos á infecciones más ó menos activas, que evolucionan de preferencia en los individuos jóvenes, están frecuentemente complicados de manifestaciones oculares en el tractus uveal y en el nervio óptico especialmente; y 3.°, en fin, el artritismo puro y simple y el reumatismo gotoso (uricemia en sus diferentes grados y formas), suministran un contingente de manifestaciones oculares bastante copioso, ora en lo que se refiere á los órganos superciliares y anejos del ojo (edema de los párpados, blefaritis ciliares, conjuntivitis crónica), ora en lo que concierne al sistema vascular y á las membranas profundas del globo ocular (retinitis, hemorragia retiniana, en la gota y la oxaluria ó la fosfaturia, alteraciones glaucomatosas, etc.).

Del papel de las secreciones pancreáticas en patología. — El Dr. Hallion (Ponente). Secreción externa: El jugo pancreático puede encontrarse en déficit en el intestino, puede estancarse en la glándula, y puede derramarse por fuera de las vías naturales. El déficit de jugo se presenta cuando están destruídas las células secretoras ó los conductos secretores obliterados; pero también puede concebirse que esté suspendida la función secretora del páncreas, sin que se encuentre alteración anatómica en la glándula. Sabido es que normalmente dicha secreción es provocada por el contacto de una secreción ácida (jugo gástrico) con la mucosa duodenal; tam-

bién se sabe que esta mucosa produce en dichas condiciones una substancia específica, la *secretina*, que pasa con la sangre que ella envía hasta el páncreas y provoca la secreción de la célula pancreática. Es, pues, probable que un déficit de secreción pancreática, pueda en patología depender de una enfermedad del estómago ó de una enfermedad del duodeno, sin que sea condición necesaria una lesión del mismo páncreas.

La solidaridad fisiológica que une á estos tres órganos, existe también desde otros puntos de vista. El jugo duodenal contiene un fermento específico, la enteroquinasa, que, inactivo por sí mismo, refuerza la acción digestiva del jugo pancreático; el jugo gástrico no sólo contiene un fermento proteolítico, sino que también un fermento esteatolítico no despreciable, según investigaciones recientes. Si se añade que la bilis coopera á la utilización de las grasas y que las bacterias intestinales toman parte en diversos actos digestivos, aunque en pequeña escala, se comprenderá que los síntomas del déficit pancreático no sean patognomónicos ni constantes. Entre estos síntomas, que son diversos y de valor práctico desigual, los más importantes son los más antiguamente conocidos, á saber: la sialorrea y, sobre todo, la esteatorrea; más importante aún que esta última es el fenómeno que ha señalado Müller, y que proponemos designar con el nombre de hiposteatolisis, caracterizada, no por el defecto en la absorción de las grasas, sino por la imperfección de su digestión química (débil proporción de ácidos grasos en relación con las grasas no atacadas). El procedimiento de Sahli consiste en hacer ingerir cápsulas de gluten que contienen yodoformo; el jugo pancreático disuelve las cápsulas, el yodo queda en libertad y pasa á la orina, donde puede descubrírsele; cuando este paso tarda veintidós horas ó más, se deduce que existe un déficit pancreático, á no ser que un éxtasis gástrico haya detenido la cápsula en el estómago; este procedimiento es útil, pero infiel.

La retención de jugo pancreático, por obliteración completa ó incompleta de los canales excretores, engendra desórdenes en la glándula y en su alrededor; la retención pura y simple aséptica no produce más que una atrofia con esclerosis; por sí misma, no puede engendrar quistes ó cálculos, pero favorece su formación y es uno de los factores más importantes de las pancreatitis agudas y crónicas, según la mayoría de los autores, y sobre todo, porque permite la infección ascendente del páncreas. En estado normal, el jugo pancreático se opone á la progresión de los microbios intestinales á lo largo de los conductos excretores de la glándula; hasta cierto punto, la corriente de excreción verifica mecánicamente la asepsia, pero esta garantía es insuficiente, cuando el jugo sufre un estancamiento prolongado; es más eficaz su gran poder bactericida (Carnot), que aún se exalta al mezclarse con la bilis.

La difusión del jugo por fuera de sus vías naturales, á consecuencia de una solución de continuidad de los conductos ó de ciertas alteraciones de las células glandulares, ejerce una acción ofensiva sobre los tejidos impregnados; la tripsina corroe las células, las membranas y las paredes de los vasos, y la esteapsina ataca la grasa del tejido adiposo. La verdad es, sin embargo, que estos efectos no son tan constantes ni tan claros como se podría creer; los tejidos se defienden contra los fermentos pancreáticos, tanto

es así, que el peritoneo sano sufre su invasión sin menoscabo apreciable. Es, pues, necesario que las condiciones accesorias, aún mal conocidas, intervengan para que la difusión de que se trata engendre desórdenes graves (hemorragias, pancreatitis, necrosis del tejido grasoso). Mucho se ha discutido, y todavía se discute, la parte respectiva que corresponde al jugo pancreático y á otros agentes, especialmente los microbios, en la producción de estas lesiones. Pero sea de ello lo que fuere, es difícil no atribuir al jugo pancreático difundido un papel patógeno esencial en una afección llamada *necrosis diseminada del tejido grasoso*, la cual se caracteriza por un desdoblamiento de la grasa con lesiones histológicas probablemente consecutivas y accidentes que revisten con frecuencia el tipo grave del síndrome de la oclusión intestinal; las alteraciones están tan pronto confinadas en el páncreas como extendidas al tejido adiposo que le rodea ó propagándose mucho más allá; este modo de localización con la naturaleza de las lesiones elementales, hace pensar en que la causa se encuentra en los fermentos pancreáticos. Esta teoría fermentativa nos parece más seductora que la microbiana, por más que las lesiones obtenidas en los animales por difusión del jugo pancreático, aunque se asemejan histológicamente á las que se observan en el hombre, son en general más circunscritas y menos graves. La cuestión de los desórdenes subordinados á la acción del jugo pancreático difundido por los tejidos vivos, no está por completo dilucidada en todos los puntos; según el estado actual de nuestros conocimientos, y desde el punto de vista de la práctica quirúrgica, no hay que temer mucho los traumatismos operatorios de la glándula, pero es prudente, sin embargo, evitar cuanto sea posible la impregnación de los tejidos por el jugo.

Secreción interna.—Todo predispone á pensar que la diabetes pancreática, claramente establecida por Lancereaux y realizada experimentalmente por von Mering y Minkowski, depende de la supresión de una secreción interna del páncreas, la cual tiene la propiedad fisiológica de regular los cambios del azúcar en la economía. Chauveau y Kaufmann pensaron que la secreción del páncreas, por un mecanismo desde luego complejo, moderaría normalmente la producción del azúcar en el hígado, de donde glicemia y glicosuria cuando la función del páncreas se suprime. Según Lepine, al contrario, el páncreas produce normalmente una substancia que provoca la destrucción del azúcar en el organismo. Investigaciones recientes de Cohnheim y experimentos de Lepine y Boulud, han confirmado la opinión de Lepine en lo que tenía de esencial. Por inyección de maceración de páncreas estos últimos experimentadores han realizado una hiperglicemia y una exageración extraordinaria del poder glicolítico de la sangre.

De las investigaciones experimentales resulta que la autofagia, polifagia, polidipsia y poliuria, no están necesariamente asociadas á la glicosuria. Para explicar la autofagia, se ha llegado á suponer que el páncreas segrega una substancia que modera la histolisis, la desintegración de los tejidos, substancia cuyo déficit contribuiría al enflaquecimiento rápido de ciertos diabéticos. Parece bien demostrado que la secreción interna del páncreas está especializada en los islotes de Langerhans, y por consecuencia, que se debe buscar principalmente en una alteración anatómica ó funcional de estos últimos la condición esencial de la diabetes pancreática:

la anatomía de dichos islotes es muy apropiada para la función de una secreción interna, como lo ha demostrado Laguesse en sus interesantes trabajos, los cuales han servido de punto de partida para investigaciones anatomopatológicas interesantes de parte de un gran número de autores. Del conjunto de los referidos trabajos se desprende una conclusión general favorable á la *teoría insular* de la diabetes pancreática.

Terapéutica. — Se han utilizado las nociones de fisiología para modificar la cantidad y la calidad de la secreción pancreática, especialmente por medio de una medicación ácida (Enriquez), y aprovechando, sobre todo, las propiedades específicas de los productos pancreáticos, se ha acudido á la opoterapia. La opoterapia pancreática ha sido desde hace mucho tiempo empleada para remediar la insuficiencia de la secreción y, demostrando la clínica su eficacia y confirmándolo la experimentación, parécenos racional asociar al producto pancreático el producto duodenal que la fisiología nos señala como su natural complemento. En la diabetes, la opoterapia produce efectos inconstantes, lo cual puede ser debido, como lo ha indicado especialmente Gilbert, á la diversidad patogénica de los casos así tratados.

Alteraciones del páncreas en la diabetes pancreática. — El Dr. Gellé: La diabetes de los gordos y la diabetes de los flacos parece que están ligadas actualmente á las alteraciones pancreáticas. Las lesiones histológicas que se encuentran en el páncreas de los diabéticos son numerosas y variadas: *a*) aumento del tejido conjuntivo perilobular é intralobular; *b*) esclerosis inter é intra-acinosa; *c*) lipomatosis; *d*) degeneración hialina; *e*) atrofia y degeneración grasosa de la célula acinosa; *f*) degeneración hialina calcárea y grasosa; y *g*) degeneración hidrópica ó vacuolar.

Los islotes de Langerhans no son organismos inmutables en su forma histológica, sino que más bien son producciones epiteliales en vía de renovación y de regresión incesantes. Si se admite esta opinión, las variedades de las lesiones anatómicas observables en la diabetes se explican por sí mismas, y ella, aun siendo una afección ligada á la insuficiencia de los islotes, puede depender de una alteración total del parénquima secretor, puesto que uno de sus elementos (la exocrina) engendra la otra (la endocrina). Por lo tanto, hay motivo para distinguir diversas formas de diabetes pancreática: *a*) por lesión primitiva de los islotes; *b*) por lesión primitiva del parénquima, que detiene la renovación del tejido secundario é invade secundariamente los islotes.

Aquilia gástrica. — El Dr. Bosquier: Sabido es que la aquilia gástrica, llamada así por Einhorn en 1822, representa un estado gástrico, que según las escuelas se denomina apepsia, anacidez gástrica y hasta anemia perniciosa progresiva. El término aquilia es preferible al de atrofia de la mucosa gástrica, puesto que nada prejuzga acerca de a lesión y al de apepsia que expresa más bien una fórmula química; en cambio, el referido término, se refiere á la vez al estado químico, á la reacción sintomática y á la marcha clínica; no representa una entidad morbosa, sino un *síndrome* del propio modo que la hiperclorhídria y la gastrosucorrea. En razón de la naturaleza del padecimiento, he apoyado el diagnóstico del caso que he observado en los resultados de la exploración química referida; los almuerzos de prueba han dado: acidez total, casi nula; $A = 0{\cdot}2$ por 1000; falta

de ácido clorhídrico libre, de peptonas, de eritrodextrina, etc., pobreza de los cloruros, total y fija. A propósito de a sintomatología, he de insistir, sobre un signo raro, no señalado por Einhorn, la disfagia dolorosa, y sobre un síntoma más común y muy marcado, el estreñimiento. Desde el punto de vista de la exploración química, es digna de mencionar la particularidad de las variaciones que sufre la cantidad de líquido extraído después de cada almuerzo de prueba, mínima en el comienzo de los accidentes y progresivamente en aumento, á medida que mejora el estado general; gracias al restablecimiento del apetito que inerva los movimientos de evacuación del estómago (Pawlow), éste retiene mucho mejor los alimentos. Es digno de notar también, desde el punto de vista de la marcha clínica, que la aquilia, después de estar latente, se ha declarado por síntomas graves desde el primer momento, dando la impresión del cáncer gástrico, padecimiento que la exploración química ha permitido descartar. El enfermo que he tratado ha vuelto á ganar casi su peso primitivo, y goza actualmente de una situación bastante satisfactoria, gracias á una suplencia intestinal eficaz.

Formas de transición de los islotes de Langerhans en el páncreas de los diabéticos. — Los Dres. Gellé y Wietzold: Los islotes de Langerhans son una especie de órganos en vías de constantes transformaciones; proceden de los acinis y después de un tiempo aún indeterminado, vuelven á la forma acínica. Estas evoluciones, observadas por Laguesse en el páncreas humano normal, fueron llamadas formas de transición.

El Dr. Curtis y uno de nosotros demostramos en junio último, que en el páncreas de los diabéticos existían algunas veces cantidades considerables de estas formas de transición, y que ello representaba como el testimonio de la tendencia compensadora del páncreas, destinado á llegar á la insuficiencia de los islotes adultos. Hemos estudiado un caso de diabetes pancreática que aporta nuevas pruebas en apoyo de esta teoría, puesto que hemos encontrado en esta observación un gran número de formas de transición con predominio acino-insular, que se esfuerzan en suplir las funciones de los islotes de Langerhans adultos, cuya casi totalidad estaba en vías de transformación esclerosa.

Acción de los fermentos en las intoxicaciones. — El Dr. Cazin: Las investigaciones hechas en mi laboratorio por el Dr. Wolsch, han demostrado que, en la intoxicación fosforada subaguda, el hígado resulta incapaz de destruir, como en estado normal, los fermentos que le lleva, desde el tubo digestivo, la circulación porta. Estos fermentos, cuando menos los proteolíticos, destruyen la trama protéica de las células del hígado y provocan la aparición de la grasa, precedentemente latente, en estado de solución ó de fina emulsión. Cuando pasan más allá del hígado á la circulación general, determinan fenómenos análogos en los otros tejidos. En suma, en la producción de las alteraciones anatómicas del fosforismo agudo, lo esencial consiste en una necrosis celular, imposible de caracterizar anatómicamente y en una intoxicación de todo el organismo, por los fermentos digestivos, determinando el cuadro conocido de la degeneración grasosa.

Transportando estos hechos al dominio de otras intoxicaciones, es natural preguntarse si independientemente de las degeneraciones grasosas, comunes á la acción de tan gran número de tóxicos, los procesos ulcerativos

é irritativos que se observan en el arsenicismo é hidrargirismo, para no citar más que estos envenenamientos, no tan sólo son debidos á la acción necrosante que estos venenos ejercen en las superficies absorbentes, sino que también en las superficies excretantes. Si estas superficies no están normalmente expuestas á la acción de los jugos digestivos ó de los productos bacterianos, resultan procesos simplemente degenerativos, pero en el caso contrario, la necrósis llega á provocar fenómenos de irritación y con frecuencia ulcerativos.

Proliferaciones locales y á distancia del agente infeccioso de la sífilis durante todos los períodos de su evolución. — El Dr. Hallopeau: Se trata de hechos de observación diaria que han pasado inadvertidos ó no han sido interpretados hasta aquí. Las proliferaciones locales desempeñan constantemente un papel preponderante en la génesis y desarrollo de todos los sifilomas; se multiplica *in situ* un agente infeccioso, el cual engendra toxinas que son la causa próxima de la reacción local; tan pronto queda allí localizado, como se propaga de trecho en trecho por los linfáticos ó por los intersticios de los tejidos á una distancia más ó menos grande del foco primitivo, para engendrar focos secundarios que á su vez pueden convertirse en nuevos centros de contagio. Este sufre en el chancro una modificación, en virtud de la cual sus toxinas, después de haber producido la induración inicial, engendran ulteriormente, las lesiones cutáneas ó mucosas del período secundario; así se explica la aparición de pápulas después de la inoculación tardía de un chancro, en un sujeto contaminado y lo propio puede decirse de las adenopatías próximas al sitio de la inoculación.

En las sifílides terciarias, la proliferación *in situ* y á distancia es el modo casi exclusivo del desarrollo de las lesiones; la clínica demuestra también proliferaciones locales en las sífilis viscerales y, en particular, en las de todo el eje cerebro-espinal. Las deducciones terapéuticas son: ablación del chancro ó su destrucción; tratamiento local de todas las sifílides; tratamiento intensivo de las manifestaciones viscerales, particularmente de las cerebrales y medulares en la misma época de su aparición; y estudiar las modificaciones del spirochæte en los diferentes períodos de la enfermedad.

Contribución á la patogenia de los cálculos biliares. — El Dr. Lorand: He observado numerosos casos de colelitiasis en mujeres que no habían tenido ningún embarazo, pero que presentaban todos los síntomas de una insuficiencia tiroidiana, obesidad, atonía intestinal con estreñimiento pertinaz, etc., etc. La insuficiencia tiroidiana facilita singularmente las dos condiciones principales de la colelitiasis: estancación biliar é invasión bacilar de las vías biliares. Basándome en observaciones clínicas y en numerosos hechos de orden anatomo patológico y de medicina experimental, creo que existe una relación muy estrecha entre las alteraciones del hígado y las del tiroides.

El Dr. Bouchard: He de recordar, que precisamente en mis lecciones de este año, he desarrollado esta teoría de la acción del cuerpo tiroides en la patogenia de los cálculos biliares; también he llamado la atención sobre el papel que desempeña esta glándula y otras glándulas vasculares en el desarrollo de la clorosis, de la diabetes y de la obesidad. Sin duda, el páncreas conserva toda su importancia en el desarrollo de la diabetes, pero

las glándulas vasculares, también desempeñan un gran papel. He observado en un gran número de casos, bruscos desarrollos del cuerpo tiroides que coincidían con la clorosis accidental ó duradera.

Epidemia de viruela.—El Dr. Crespin: El examen de 197 casos de viruela, durante el último invierno, me han permitido anotar algunas particularidades. La mortalidad ha sido, por término medio, de 23 por 100. No he podido transmitir directamente la enfermedad á los animales, y en la sangre de mis enfermos, he encontrado las formas parasitarias conocidas. Llegará seguramente el día en que se aisle el agente patógeno, que debe ser seguramente un protozoario, puesto que en la viruela, como en el paludismo, la leucocitosis es una mononucleosis. Los elementos eruptivos son diferentes según las razas; son enormes en los asiáticos; á menudo realizan el tipo en mosáico en los árabes y no en los kabyles. La importancia diagnóstica de la erupción bucofaríngea me ha parecido considerable, en razón sobre todo de su precocidad; en un caso de viruela hemorrágica primitiva, he visto en la faringe vesículas brillantes, que aún no han sido descritas y que son ciertamente el origen de pústulas ulteriores. En el comienzo de la viruela, un pulso lento (43 á 60 pulsaciones), me parece que significa una erupción benigna. Como complicación un poco especial, he observado una gingivitis expulsiva. Las asociaciones morbosas con la viruela, como el sarampión, la tuberculosis y el paludismo, han llamado particularmente mi atención y agravan generalmente el pronóstico.

Enfermedad del sueño. — El Dr. Lorand: He observado muchas veces la degeneración del tiroides en la enfermedad del sueño, y me parece que la hipertiroidia provoca el insomnio, mientras que la atiroidia provoca la somnolencia. Desde luego el suero de los animales tiroidectomizados, tiene efectos hipnóticos muy marcados.

Tratamiento eléctrico de la hipertensión permanente.—El Dr. Moutier: En la hipertensión permanente, ajena á lesiones orgánicas, se consigue descienda la presión con la d'arsonvalización, y una vez esto conseguido se mantiene á la normal, según he observado, durante tres, cuatro y hasta cinco años, después de haber cesado el tratamiento, con la condición de que no se padezca enfermedad intercurrente, estreñimiento habitual y se siga el mismo régimen alimenticio. — Codina Castellví.

PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

Celebrado en Bruselas del 18 al 23 de Septiembre de 1905.

(Continuación).

Tratamiento de la tuberculosis articular. — El Dr. *A. Bier* (de Bonn, ponente), dijo que la tuberculosis articular es una afección curable por esencia. La ablación sistemática de los focos tuberculosos es una terapéutica ridícula é inútil. El tratamiento del estado general influye bastante sobre el estado local. La inmovilización es una de las mejores medicaciones loca-

les; incita la tendencia natural de la economía. El yodoformo, la tuberculina, la ignipuntura, el cloruro de zinc, son auxiliares útiles del tratamiento; obran hiperemiando la región enferma.

El método de la hiperemia pasiva por constricción venosa por encima de la articulación enferma, es el medio más eficaz y sencillo del tratamiento conservador; la venda debe quedar aplicada dos ó tres horas por día.

No debe recurrirse á las curas antisépticas ni al raspado, ni aun en las tuberculosis abiertas; es necesario ensayar siempre la hiperemia. Los abscesos fríos deben ser evacuados siempre por incisión, punción ó aspiración. Las contraindicaciones al empleo del método son: la degeneración amiloidea, la tuberculosis pulmonar grave y las actitudes viciosas.

La hiperemia permite recurrir antes á la movilización activa y pasiva, excepto en el pié y en la rodilla; la curación suele obtenerse con recuperación completa de todos los movimientos, á pesar de las lesiones avanzadas. El empleo de aparatos, por ejemplo, el de Hessing, contribuye ventajosamente á la hiperemia. La hiperemia permite, por último, el tratamiento ambulatorio de los enfermos, para los que la permanencia en el hospital es más perjudicial que útil. La duración media del tratamiento es cuando menos de nueve meses.

El Dr. Bier ha recurrido á la hiperemia desde hace catorce años. Los resultados de su técnica más reciente, aplicada desde el 1.° de abril al 1.° de agosto, son los siguientes: Tuberculosis de la mano, 17 casos, 15 curaciones y 2 mejorías; duración media doce meses. Tuberculosis del codo: 11 casos, 8 curaciones y 3 mejorías; duración media nueve meses. Tuberculosis del pié: 13 casos, 8 curaciones, 3 mejorías, 1 fracaso, 1 amputado posterior, muerte; duración media diez meses. Tuberculosis de la rodilla: 5 casos, 3 curaciones y 2 mejorías; en 8 casos resección después de una corta tentativa de hiperemia. Tuberculosis del hombro: 1 caso curado con movilidad perfecta.

El objeto esencial del tratamiento debe ser restablecer las funciones lo más completamente posible. Por este motivo se prefiere la resección á la hiperemia en las tuberculosis de la rodilla y del pié, en los que la movilidad es menos importante que una buena posición.

La recidiva en los casos de tuberculosis tratada por la hiperemia no parece ni más ni menos frecuente que con los demás métodos de tratamiento. Cuando sobreviene hay que recurrir de nuevo á la estancación venosa.

El Dr. *A. Broca* (de París, ponente) se limitó en su informe á exponer cómo ha tratado las tuberculosis articulares infantiles, las únicas en las que tiene experiencia.

La higiene y la medicación deben vigilarse en todos los niños tuberculosos, operados ó no, pero nada tienen de especial en las lesiones articulares, porque son las de todas las lesiones llamadas «escrofulosas». Por esta razón no se ocupó más que del tratamiento local.

Las *lesiones sinoviales superficiales* son tratadas por las inyecciones modificadoras de éter yodoformado al 10 por 100 y por la inmovilización relativa y de corta duración.

Las *osteoartritis* son tratadas por la inmovilización completa (escayola) en la posición más conveniente: rectitud completa para la rodilla, la mu-

ñeca y los dedos; extensión rectilínea, abducción ligera y rotación hacia fuera para la cadera; flexión en ángulo recto para el codo y la articulación tibiotarsiana. El enderezamiento de las posiciones viciosas es necesario en la extensión continua. Cuando los huesos están deformados ó dislocados se recurre al enderezamiento brusco, que no produce las complicaciones que se le atribuyen. Después del enderezamiento el enfermo queda en reposo en el lecho varios meses, teniendo aplicado un aparato; pasado este tiempo se cambia el aparato por otro que le permite andar.

La *inmovilización es la base del tratamiento de las tuberculosis articulares.* Puede recurrirse á los auxiliares: compresión, estancación venosa, revulsivos, inyección de éter yodoformado. El Dr. Broca no es partidario del método esclerógeno.

La *operación* es excepcional. La resección es preferible á la sinovectomía. La resección, cuando es completa, expone á grandes acortamientos; si se respetan los cartílagos conjugados se corre peligro de ser incompleta y de exponer á graves deformidades. El estado de desarrollo del esqueleto constituye una indicación importante.

Los *tumores blancos supurados* deben ser tratados por la punción y por las inyecciones de éter yodoformado al 10 por 100. El Dr. Broca no es partidario de las inyecciones muy irritantes. No deben aconsejarse las resecciones parciales, porque sólo constituyen un paliativo. La amenaza de infección obliga á hacer grandes aberturas y á desaguar los focos óseos. La septicemia ó una tuberculosis pulmonar grave, son las únicas condiciones para la amputación. La corrección de las actitudes viciosas sólo debe hacerse después de curar todo foco activo.

La inmovilización debe prolongarse hasta que desaparezca todo dolor espontáneo ó provocado. Los movimientos serán lentos y progresivos, favoreciéndolos con aparatos de marcha. A la menor alarma conviene volver á la inmovilización temporal. No deben hacerse grandes esfuerzos para movilizar las articulaciones. En el miembro inferior se respetará la anquilosis y se la provocará después de enderezar el miembro por la osteotomía ó la resección mejor que por el enderezamiento forzado. En el miembro superior debe ensayarse la movilidad.

El Dr. *C. Willems* (de Gante, ponente) se ocupó sólo del tratamiento de la tuberculosis articular por la intervención operatoria, haciendo caso omiso del tratamiento conservador y ortopédico. Su informe terminó con las conclusiones siguientes:

La indicación operatoria puede sacarse del estado local, del general y de la localización.

1.ª *Desde el punto de vista local: a)* La conservación debe intentarse en las *tuberculosis no supuradas*, y en el niño se obtienen con ella resultados funcionales excelentes; se operará en el caso de lesiones profundas y extensas desde el principio y cuando no se observa tendencia á la curación por los medios conservadores, sobre todo en el adulto; *b)* en las *supuraciones cerradas* la indicación operatoria no es absoluta; el Dr. Willems no ha obtenido con las inyecciones de yodoformo resultados tan excelentes como el doctor Hoffa; no debe aconsejarse la extirpación de la pared del absceso; *c)* las *fístulas* no exigen una intervención operatoria más que cuando fracasan las

tentativas conservadoras; la extirpación del trayecto fistuloso da muy malos resultados; *d*) la presencia de *secuestros óseos* en el adulto es una indicación para operar; *e*) las *localizaciones externas múltiples* deben hacer renunciar, en el adulto, á las tentativas conservadoras; es preferible la amputación.

2.ª *Desde el punto de vista del estado general*, la amputación es la regla cuando hay tuberculosis grave de las vísceras ó degeneración amiloidea de los órganos.

3.ª *Desde el punto de vista de la localización: a*) *En la rodilla* está indicada con mucha frecuencia la resección y hasta precoz en el adulto; no se practicará antes de los quince años á causa de las contracturas secundarias y de los trastornos de crecimiento; la conservación cuidadosa produce en la infancia resultados excelentes; *b*) *en la cadera:* en la mayor parte de los casos el tratamiento de la coxalgia debe ser conservador; en el niño la curación es la regla; si no se obtiene está indicada la resección; las operaciones ultrarradicales (Bardenheuer, Sprengel), están indicadas poquísimas veces; *c*) *en el codo:* la resección está indicada muchas veces, sea cual fuere la edad, á causa del fracaso constante del tratamiento conservador; *d*) *en el hombro:* el tratamiento radical operatorio (resección) es el método preferible; *e*) *en la articulación carpometacarpiana:* las inyecciones dan muy buenos resultados; la resección debe reservarse para los casos avanzados; en cambio la amputación debe ser excepcional; *f*) *en la articulación tibiotarsiana:* en el adulto resección precoz; en el niño la conservación paciente ermina casi siempre por la curación.

El Dr. *A. Codivilla* (de Bolonia, ponente), se ocupó de los métodos de tratamiento de la tuberculosis articular desde el punto de vista de los resultados funcionales.

Las tendencias conservadoras, dijo, están en la actualidad exageradas. En muchos casos la resección es la única que puede salvar al enfermo; en otros la lentitud de los métodos conservadores sólo permite practicar una resección económica.

La *resección* está indicada cuando la marcha del proceso, comprobada por la radiografía, sea francamente progresiva. Es preferible á la *sinovectomía*.

En la *cadera* se respetará cuidadosamente el aparato muscular; en la *rodilla* se procurará obtener la anquilosis. En las articulaciones de los *miembros superiores* se conservará el aparato muscular de un modo especial.

La posición preferible en la anquilosis será: para la *cadera* abducción y flexión ligeras; para la *rodilla* flexión ligera; para el *pié* posición ligera equina.

En los niños, la resección no está contraindicada siempre que se respeten los cartílagos epifisarios.

Las deformaciones del miembro inferior se corregirán por las osteotomías seguidas de extensión. La pseudartrosis movible en todos sentidos, es frecuente en particular en el codo; se corregirá por la formación de ligamentos artificiales.

El tratamiento *conservador* variará según el período de la afección en que sea consultado el cirujano.

1.° En el *período incipiente* del proceso se recurrirá á la inmovilización.

En la mayor parte de los casos la contractura inicial se corregirá por métodos nada bruscos. El miembro se inmovilizará sin perder tiempo en la posición preferible por medio de un aparato de escayola que comprenda las articulaciones inmediatas; en las afecciones del miembro inferior se empleará además la permanencia en el lecho. Los movimientos se practicarán de una manera lenta y progresiva.

2.° En el *segundo período*, caracterizado por la actividad del proceso, las deformaciones y las contracturas *jamás se recurrirá al enderezamiento forzado*. El miembro debe colocarse en buena posición por medio del enderezamiento progresivo favorecido, si es preciso, por miomectomías ó tenotomías.

3.° En el *tercer período* el proceso morboso está corregido al parecer. El tratamiento varía según el estado de la articulación:

a) La articulación es movible: la posición viciosa se corrige por desbridamientos de las partes blandas, por la osteotomía, y, si es necesario, por trasplantaciones musculares compensadoras.

b) La articulación es poco movible: en el miembro superior se aumentará la movilidad por la electrolisis; en el inferior se procurará obtener la anquilosis. En el caso de anquilosis doble de la cadera, se producirá una pseudartrosis por la osteotomía subtrocanteriana.

c) La articulación es muy movible: es necesario aplicar un aparato.

d) La articulación está completamente inmóvil: se favorece la producción de la anquilosis después de colocar el miembro en buena posición. Para ello se practicará el *enderezamiento*, si no existe foco, la *resección* (rodilla), la osteotomía subtrocanteriana (cadera), si se sospecha la existencia de algún foco. Esta osteotomía debe practicarse al descubierto. El tratamiento consecutivo consistirá en el amasamiento, la mecanoterapia y la marcha rítmica para prevenir la claudicación.

El Dr. *E. H. Bradford* (de Boston, ponente), manifestó que teniendo en cuenta que la tuberculosis articular es una afección localizada, puede prevenirse su generalización y conseguir que cure completamente.

Las conclusiones de su informe son las siguientes:

1.ª El tratamiento de la tuberculosis articular exige de una parte la extirpación de todo lo que perjudique y de otra la aplicación de cuanto favorezca el proceso curativo. Desde este punto de vista es necesario prevenir todo traumatismo local y eliminar todos los tejidos muertos que no pueden ser reparados por los sanos.

2.ª El tratamiento general desempeña un papel importante por permitir la auto-inmunización; el aire libre ejerce una acción favorable en alto grado.

3.ª Las operaciones radicales deben reservarse á los casos en que el estado general del enfermo hace suponer el fracaso de toda reparación local.

El Dr. *Lebrum* (de Namur), considera la artrectomía como el método preferible en las artritis tuberculosas incipientes sin lesión ósea; practica el desagüe bilateral superficial durante cuarenta y ocho horas; emplea el yodoformo y el termocauterio en la articulación antes de cerrarla.

El Dr. *Garré* (de Kœnigsberg), es de la opinión de los ponentes, excepto para el pié y la rodilla en las que es intervencionista.

El Dr. *Hoffa* (de Berlín), aplica desde el principio un vendaje de escayola y en cuanto ceden los fenómenos agudos hace andar á los enfermos al aire libre, con el aparato de Hessing modificado.

El Dr. *Verneuil* (de Middelkerke), pretende que el desagüe tiene inconvenientes y hasta peligros en las intervenciones por tuberculosis articular; aconseja la cura por primera intención é insiste sobre las ventajas de los corchetes para la sutura cutánea.

El Dr. *Walther* (de París), cree que las inyecciones esclerógenas de cloruro de zinc, dan buenos resultados y permiten muchas veces después hacer la resección en mejores condiciones.

El Dr. *Sinclair White* (de Sheffield), cree que la resección es el mejor tratamiento de la tuberculosis de la rodilla. Considera la asepsia sin desagüe como un requisito para el éxito.

El Dr. *Kocher* (de Berna), pretende que debe intervenirse: 1.°, cuando hay un foco de tuberculosis ósea limitado; 2.°, si existe una anquilosis que los aparatos ortopédicos tardan en curar; 3.°, en las tuberculosis del codo en las que la resección da resultados excelentes. El método de Bier es utilísimo para los casos incipientes. La extensión continua debe ser preferida á los vendajes de escayola. Para las tuberculosis del carpo debe inmovilizarse la muñeca dejando libres los dedos.

El Dr. *Döblinger* (de Budapest), dijo que con las intervenciones conservadoras se obtiene el 80 por 100. No es partidario de combinar la movilización con la hiperemia como aconseja Bier. Todos los medios auxiliares son inútiles. Lo esencial es la inmovilización. La fijación de las articulaciones inmediatas no es necesaria. El enderezamiento progresivo debe practicarse después de aplicado un vendaje de escayola antes de que éste se seque. Rara vez practica la sección tendinosa. — F. Toledo.

(*Concluirá*).

PERIÓDICOS

Agua oxigenada en dermatología y urología. — El Dr. Scholtz ha empleado la dilución de agua oxigenada al 30 por 100 en las afecciones siguientes: 1.ª, úlceras de la piel, en particular gangrenosas; 2.ª, estomatitis mercurial, sobre todo cuando el borde de las encías está cubierto de pus ó ulcerado. En estos casos se emplea en colutorio agua oxigenada al 2 ó 3 por 100 y se tocan las encías con una preparación más concentrada: 3.ª, bubones supurados y gangrenosos ó úlceras venéreas serpiginosas; 4.ª, leucoplasia bucal, en la que el agua oxigenada se aplica localmente, sola ó mezclada con nitrato argéntico; 5.ª, comedones, acné, efélides y otras pigmentaciones en las que suelen obtenerse buenos resultados; 6.ª, en varias formas de cistitis crónicas, la solución (1 á 3 por 100) se ha usado en irrigaciones; 7.ª, en el último período de la blenorragia, en la blenorrea y en la inflamación blenorrágica de la parte posterior de la uretra, se han obtenido buenos re-

sultados con la dilución de agua oxigenada al $^1/_2$ ó 1 por 100, adicionada de nitrato argéntico al 1 por 1.000 ó 4.000. La duración de la inyección es de uno á cinco minutos y la cantidad inyectada varía de 150 á 600 centímetros cúbicos.—(*Treatment*, agosto 1905).—F. Toledo.

El veneno del reumatismo y su tratamiento.—El Dr. F. Le Roy Satterlee no cree que el *micrococcus rheumaticus* sea la causa del reumatismo, sino que esta enfermedad depende de una alteración en el metabolismo de los tejidos. Cuando los cambios metabólicos de los proteídos son normales, resulta la urea el producto de mayor oxidación del organismo; cuando la oxidación es imperfecta se forman productos intermedios, ácido úrico, etc. Estas metamorfosis se producen en las células. En la gota y en el reumatismo, hay un exceso de ácido úrico en la sangre y en la orina, y predisposición á padecimientos en los tejidos blancos, vainas musculares, aponeurosis, pericardio, endocardio, etc.

El ácido úrico puede experimentar por oxidación varias metamorfosis. En primer lugar se convierte en aloxana y en urea. La aloxana, al oxidarse, se transforma en ácidos parabánico y carbónico. El ácido parabánico, combinado con el agua, se convierte en ácido oxalúrico; y este último, al absorber una molécula más de agua, forma ácido úrico y urea.

Las sales alcalinas facilitan al parecer la metamorfosis del ácido úrico y favorecen su conversión en ácido oxalúrico, el cual es eliminado por la orina en forma de oxalurato amónico ó potásico, el cual, fuera del organismo, se transforma en ácido oxálico y en urea.

El tratamiento del reumatismo debe ser en primer lugar dietético. Es preciso que sea nutritivo á causa de la debilidad de los reumáticos y de la composición anormal de su sangre.

El Dr. Satterlee aconseja suprimir únicamente las carnes rojas y los estimulantes alcohólicos y disminuir en lo posible las substancias azucaradas. El agua pura ó alcalina debe tomarse en abundancia aunque no en exceso. El agua pura al descomponerse, obra como agente oxidante; su hidrógeno contribuye á formar amoníaco y su oxígeno urea. El ejercicio es de gran utilidad, no sólo porque así se oxidan mejor los productos de consunción, sino porque se eliminan más fácilmente. El amasamiento y los baños son eficaces; la electricidad es inútil excepto las corrientes de alta frecuencia, en los casos de anquilosis parcial de las articulaciones.

El Dr. Satterlee no es partidario del empleo del cólchico y de la colchicina en el reumatismo y en la gota, porque aunque se dice que calma el dolor y mitiga la inflamación por sus efectos sobre el sistema nervioso, en cambio deprime el impulso cardíaco y es un alterante gastro-intestinal de modo que crea nuevos y grandes peligros y agrava el estado del enfermo que se halla bajo la acción del veneno reumático. El ácido salicílico, la salicina y los salicilatos son perjudiciales, porque si bien los salicilatos contienen un ataque agudo, corrigiendo el dolor y la fiebre, las propiedades analgésicas y antipiréticas se producen á expensas del corazón; los síntomas recidivan al poco tiempo y el caso se hace crónico. Además, cuando se abusa de estos medicamentos, el ácido salicílico se acumula en la sangre envenenada ya por el ácido úrico. Son preferibles los alcalinos *emolientes*, ben-

zoatos, carbonatos, fosfatos, bromuros y acetatos de sosa, potasa, litina, etc.

El Dr. Satterlee recomienda las fórmulas siguientes:

Benzoato de litina	6 á 12 centígramos.
Bromuro de sodio	18 á 36 —
Carbonato potásico puro	30 á 36 —
Fosfato de sosa	60 á 120 —
Acetato de potasa	18 á 36 decígramos.
Jarabe de gengibre / Agua de menta piperita	aa. 8 á 16 gramos.

Para una dosis que se administra con 120 á 240 gramos de agua.

ó

Licor de potasa	40 gramos.
Infusión de buchú al 10 por 100	32 —
Formalina	V gotas.

Una cucharadita en medio vaso de agua después de cada comida.

ó

Disolución saturada de óxido de litio	4 gramos.
Tartrato sódico potásico	42 centígramos.

Se toma tres veces al día en un vaso de agua aromatizada.

Los yoduros de metales alcalinos son irritantes á grandes dosis y no es conveniente, por lo tanto, administrar la cantidad necesaria para saturar la economía.

Cuando se han mitigado los síntomas agudos, deben administrarse á dosis crecientes los tónicos, hierro, quina, estricnina y arsénico.

Conviene cambiar una vez por semana los alcalinos empleados en el tratamiento del reumatismo agudo.

(*The New York Med. Journal*, 20 septiembre 1905).—R. del Valle.

El éter y los riñones. — Los Dres. Pringle y Maunsell han estudiado los efectos clínicos de la anestesia por el éter sobre la secreción urinaria, tanto respecto á su cantidad, como á sus componentes nitrogenados. Resulta de sus observaciones que durante la anestesia profunda no sólo disminuye la cantidad de orina (á veces hasta el 3'6 por 100 de la normal), sino que la excreción de substancias nitrogenadas se reduce hasta el punto de ser casi nula. Este estado de inactividad del epitelio renal aumenta si se prolonga la anestesia. La falta de actividad del riñón ejerce un efecto nocivo sobre el metabolismo y el estado general del enfermo.

(*British Med. Journal*, 9 septiembre 1905).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LOS CONSULTORIOS DE NIÑOS DE PECHO

(GOTAS DE LECHE)

SU ORIGEN É IMPORTANCIA — NECESIDAD DE SU PROPAGACIÓN EN ESPAÑA

Conferencias dadas en el Ateneo de Madrid los días 16, 23 y 30 de Abril de 1905

POR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

Fundador del Primer Consultorio de niños de pecho, en Madrid.

I

SEÑORAS Y SEÑORES: El ilustre Presidente de este Ateneo, en cariñosa carta, me manifestó lo conveniente que sería el que entre las Conferencias de Extensión Universitaria que, con tan buen acuerdo como feliz éxito, se están dando en esta docta Corporación, figurase una que tratara de los *Consultorios de niños de pecho*, conocidos más generalmente con el popular nombre de GOTAS DE LECHE, indicándome al propio tiempo su deseo de que fuese yo el encargado de ella.

Esta es, señores, la razón por la cual me encuentro ahora en este sitio, ocupado siempre por inteligencias superiores, dueños del don de la palabra, con la que os transmitieron unas veces el fruto de su mucho saber y otras os deleitaron con su hermosa oratoria.

No esperéis de mí esta tarde ni una cosa ni otra.

Desprovisto, en absoluto, de las condiciones que se requieren en todo conferenciante; no habituado á esta clase de trabajo, por haber sido de otro género el que me ha ocupado toda mi ya larga vida, ciertamente que no hubiese aceptado el compromiso en que me ponía vuestro Presidente, á no impedírmelo dos consideraciones muy dignas de ser tenidas en cuenta:

Es la *primera*, el deseo de complacer á mi estimado y respetable amigo Sr. Moret, que de tal modo me honraba.

Es la *segunda*, la convicción profunda que tengo de que, vulgarizando los conocimientos de higiene infantil, se presta á la humanidad en general, y á la patria en particular, un servicio de verdadera importancia, al desempeño del cual venimos obligados cuantos en grado mayor ó menor nos hallamos en condiciones para ello.

A cumplir tan sagrado deber vengo, pues, gustosísimo hoy, lleno de gran fé y de muchas esperanzas, creyendo que no habrá de ser estéril mi modesta labor.

Una cosa, sin embargo, pudo haberme detenido para llegar á este sitio, y era el temor á la censura de una parte del auditorio que me escucha; pero os confieso que no me ha arredrado ese temor, porque siempre he creído que la intensidad de la acción mordicante de la crítica está en razón inversa del grado de cultura del crítico; y conociendo la cultura de esa parte de auditorio á que aludo, yo cuento con que no habrá de faltar esa benevolencia al que, confiado en ella, se presenta modestamente en vuestra propia casa.

En tal confianza, pues, paso al objeto de la Conferencia.

Mas antes de entrar de lleno en el asunto principal que la motiva, habréis de permitir me ocupe, aun cuando no sea con grandes detalles, de dos importantes problemas: de la *natalidad* y de la *mortalidad*, por creer que es indispensable hacerlo para justificar la necesidad real y efectiva de la creación y propagación de los *Consultorios de niños de pecho*.

Todo buen ciudadano debe aspirar al engrandecimiento y bienestar de su patria, y, para conseguirlo, ha de poner de su parte cuanto le sea posible, llegando, en ocasiones, hasta el sacrificio, si fuese absolutamente necesario.

La historia nos demuestra de modo indubitable, que tanto más rica y poderosa es una nación, cuanto mayor es el número de sus habitantes. Por eso ha dicho una gran verdad el Presidente de la República norte-americana, Roosevelt: «La despoblación es el suicidio de una raza», ó como con notoria razón dice el ilustre doctor Hauser en su notabilísima obra *Madrid bajo el punto de vista médico-social*: «El aumento progresivo de individuos aptos para el trabajo material é intelectual de un país, es la expresión de su prosperidad y de su vitalidad».

De ahí, señores, que los sociólogos, los higienistas y los Gobiernos de todas las naciones se ocupan constantemente en el estudio y reso-

lución de estos dos importantes problemas, íntimamente relacionados con la interesantísima cuestión de la despoblación: la *natalidad* y la *mortalidad*.

Ved lo que nos dice la Historia de estos últimos tiempos: El Dios éxito proteje la industria, la agricultura y hasta las armas de aquellas naciones que tienen mayor coeficiente de habitantes; y es que con un gran contingente de almas los productos de la agricultura son más abundantes, las industrias se desarrollan mejor, y con los elementos de riqueza que ambas proporcionan, se pueden soportar más fácilmente los enormes y reproductivos gastos de la instrucción de los pueblos, los que ocasiona el sostenimiento de numerosos ejércitos y las contingencias de una guerra, por larga y costosa que ella sea.

¡Ah, señores! ¡Es indudable que, sin su enorme cifra de población, ni Alemania hubiera vencido á Francia en 1870, ni hoy cantaran los japoneses sus gloriosas victorias sobre los rusos! ¿Sabéis, señores, cuál ha sido el aumento de población en estos últimos veinte años del imperio del Japón? Pues pasa de ¡9.000.000 de habitantes!

¡España, que en otros tiempos de felices recuerdos, en que su fuerza y poderío eran envidiados de unas naciones y temidas de otras, contó con 40.000.000 de habitantes, hoy apenas llega á 18! Ya véis, pues, cuán necesitados estamos de esforzarnos para recuperar, cuando menos, aquella cifra, ya que no rebasarla, á fin de que nuestra nación llegue á ser, como dice el ilustre escritor francés Arsenio Dumont, «más próspera y vigorosa que nunca lo fuera».

¿Cómo puede conseguir nuestra patria semejante triunfo?

Pues rindiendo fervoroso culto á la diosa Higea. Sí, señoras y señores, en la Higiene, tanto privada como pública, está nuestra futura regeneración; sin ella no esperéis nada, absolutamente nada: ni inteligencias claras y superiores que brillen en el terreno de las ciencias ó de las artes, como no sea de modo excepcional, ni brazos resistentes para las rudas faenas agrícolas, ni honbres fuertes y robustos para que puedan soportar las terribles luchas de las modernas guerras. Sin higiene, los organismos se desarrollan de una manera lenta é incompleta, y donde no hay actividad fisiológica no puede haber virilidad ni energías con qué afrontar y vencer las penalidades y mortificaciones de esta vida.

Y para lograr obtener hombres viriles es indispensable que comencéis la obra regeneradora desde el niño. La Higiene, ¡quién lo duda, señores! agranda la distancia que separa la tumba de la cuna.

Higienizando al niño desde sus primeros días de vida, le haréis que sea adolescente sano de cuerpo y de espíritu despierto, y más tarde hombre vigoroso, trabajador, valiente y emprendedor, convirtiéndole así en un ser productivo, en una palabra, en elemento útil para el progreso y desarrollo de las ciencias, de las artes y de las industrias, y contribuiréis de este modo á la transformación que nuestra querida patria requiere para que brille con todo el esplendor que ella merece y yo de corazón deseo.

Mas por desgracia, señores, ¡y hay que decirlo con profunda pena! bien poca es la atención que hasta estos últimos tiempos han prestado nuestros gobernantes, en general, á tan capitales problemas, dejando casi completamente aislados á cuantos sociólogos ó higienistas de ellos se ocuparon, y en vano uno y otro día propusieron medidas para su fácil resolución.

En la ruda batalla que en todo tiempo se dieron la Política y la Higiene, siempre resultó ésta vencida y aquélla vencedora. Sólo en momentos supremos, cuando la Santa Bárbara tronaba, entonces la sociedad temblorosa clamaba á gritos la implantación de medidas higiénicas y nuestros Gobiernos, aterrados, se dignaban fijar su atención ofreciendo á la Higiene las migajas que sobraban de su político festín. Mas, una vez pasada la tormenta, las cosas volvían á su primitivo ser y estado: completo olvido de la Higiene ó, por lo menos, una lamentable negligencia de todo cuanto con ella se relacionaba.

***

Las cosas, para fortuna de todos, parece que van cambiando de poco tiempo á esta parte, como lo indica el hecho plausible de haberse colocado nuestro augusto y simpático monarca D. Alfonso XIII al frente de la *Liga nacional contra la tuberculosis*, felizmente iniciada por mi querido amigo el ilustrado Dr. D. Antonio Espina; la construcción de la nueva *Casa de Maternidad*, debida á los nobles empeños y gran generosidad de nuestra magnánima y caritativa Reina D.ª María Cristina; las diferentes reformas llevadas á cabo en esta Corte por sus celosos alcaldes Sres. Aguilera, marqueses de Portago, Lema y conde de Mejorada; el Real Decreto sobre *Sanatorios para tuberculosos pobres*, dado por nuestro querido amigo el Sr. Moret, siendo Ministro de la Gobernación; la *Instrucción sanitaria*, decretada por el ilustre expresidente del Consejo de Ministros Sr. Maura, y que bien aplicada habrá de mejorar sin duda alguna

el estado sanitario de España; la reciente *Ley de protección á la infancia*, decretada desde el Ministerio de la Gobernación por el señor Sánchez Guerra, y otras más que no recuerda mi memoria. Y á estos primeros fulgores de redención sanitaria debemos agregar, como una halagadora esperanza de positivas realidades, la hermosísima labor llevada á cabo por el Excmo. Sr. D. José Canalejas en el notable discurso leído hace pocos días en la *Real Academia de Jurisprudencia y Legislación*, cuya lectura debiera declararse de texto para todos cuantos pretendan ingresar en la vida política ó tomar parte en la gobernación del país.

De realizarse cuanto en tan notable trabajo se propone, resultarían grandes beneficios á nuestra patria.

***

Hay, señoras y señores, en España, demasiado generalizado un error que conviene muchísimo hacer que desaparezca, y es la creencia de que, si bien es cierto que resulta excesiva nuestra mortalidad, gozamos, en cambio, la dicha de tener una gran natalidad. ¡Error crasísimo, señores, que de persistir en él, nos conducirá á la ruína nacional! No; nuestra natalidad va por desgracia lenta y continuamente en descenso, lo que unido á nuestra aterradora cifra de mortalidad, hace que sea también muy lento y pobrísimo el crecimiento de la población española.

Como no entra en mi ánimo tratar *in extenso* del problema de la *natalidad*, si queréis imponeros bien de él, podéis consultar multitud de notables publicaciones que lo han estudiado de una manera profunda, sobre todo uno muy reciente y de gran mérito: el discurso leído por el ilustrado Dr. D. Alejandro Planellas ante la *Real Academia de Medicina* de Barcelona, en el solemne acto de su recepción de Académico en el año 1904 (1). Os recomiendo su lectura, porque es un trabajo de relevante mérito.

Mas ya que no con grandes detalles, creo de imprescindible necesidad deciros unas cuantas palabras relacionadas con dicha cuestión.

Aquí os presento un cuadro, tomado del referido trabajo del doctor Planellas, que represeta la

(1) Fecundidad y prolificidad.

Población de Europa relacionada con la superficie de cada nación.

NACIONES	Superficie en kilómetros cuadrados.	Población.	Habitantes por kilómetro cuadrado.
Bélgica	29.456	6.693.810	231
Países Bajos	33.000	5.263.267	159
Inglaterra	314.339	41.605.220	132
Italia	286.668	32.475.253	113
Alemania	540.743	56.367.178	104
Suiza	41.346	3.315.443	80
Francia	536.408	38.961.945	74
Austria Hungría	625.518	45.405.267	72
Dinamarca	39.780	2.464.770	62
Portugal	92.157	5.428.800	61
Servia	18.303	2.535.915	52
Rumanía	131.020	5.912.520	45
Grecia	64.479	2.433.806	37
Turquía europea	169.300	6.130.200	36
España	504.516	18.607.674	36
Rusia europea	4.889.062	94.206.195	19
Suecia y Noruega	772.051	7.376.321	9

Como véis, España figura en uno de los últimos lugares con 36 habitantes por kilómetro cuadrado, estando por encima de nosotros catorce naciones.

Ahora veréis otro cuadro que representa la *natalidad* de varias naciones de Europa en 1901, cuadro tomado del *Almanaque Gotha*.

Natalidad de varias naciones de Europa.

AÑO 1901	
Rusia europea	49'80 por 1000
Austria-Hungría	42'65 —
Alemania	38'82 —
Italia	35'61 —
ESPAÑA	**34'96** —
Suiza	31'45 —
Inglaterra	30'70 —
Noruega	30'54 —
Bélgica	29'62 —
Portugal	28'49 —
Suecia	27'50 —
Francia	22'94 —

Aquí figura España en el quinto lugar con una natalidad de 34'96 por 1.000 habitantes; sitio que iremos perdiendo, si continuase en descenso el número de los nacimientos. Ved este otro cuadro:

Natalidad por regiones y su descenso.

REGIONES	Natalidad por 1.000 habitantes		DESCENSO
	SEPTENIO de 1886 á 1892	AÑO DE 1900	
Extremadura	41'3	36'4	5
León	39'8	36'0	3
Castilla la Vieja	39'6	37'8	2
Valencia	38'4	33'7	5
Castilla la Nueva	38'3	34'3	4
Murcia	37'9	34'4	3
Aragón	37'4	34'6	3
Andalucía	37'1	35'6	2
Provincias del Norte	35'4	32'1	3
Cataluña	32'0	27'7	5
Canárias	31'1	30'3	1
Asturias-Galicia	30'6	32'9	»
Baleares	28'4	26'0	2

También está tomado del discurso del Dr. Planellas. En él se ve la diferencia en menos de la natalidad de las distintas provincias de España. Exceptuando Asturias y Galicia, que de 30'6, durante el septenario de 1886 á 1892, ha aumentado á 32'90, *todas las demás provincias acusan un descenso en la natalidad.* Mas como pudiera objetarse, y con razón, que no resulta muy claramente demostrada la tesis por el hecho de comparar los resultados de *siete años* (1886 á 1892) con el de *uno* (1900), porque alguna circunstancia *especial* hubiera podido influir en la disminución de la natalidad en dicho año, voy á presentaros otro cuadro que ciertamente no permite abrigar la menor duda de que la natalidad va disminuyendo en España:

Natalidad en España por quinquenios (1).

	PROPORCIÓN por 1000 habitantes
1.° 1879 á 1883	36'05
2.° 1884 á 1888	36'40
3.° 1889 á 1893	35'71
4.° 1894 á 1898	34'63
5.° 1899 á 1903	35'56
Censo de población en 1879	16.679'714 habitantes.
» » en 1903	18.827'597 »

Como véis, en el primer quinquenio la proporción fué de 36'05; en el segundo de 36'40; en el tercero de 35'71; en el cuarto de 34'63, y en el quinto de 35'56.

El quinto supera algo al cuarto, pero fijaros bien: es inferior al primero, segundo y tercero, y debo haceros una observación respecto al pequeño aumento del quinto sobre el cuarto quinquenio, y es que en aquel quinquenio (el quinto), aumentaron en número extraordinario los *matrimonios* sobre los anteriores quinquenios, especialmente en los años 1900 y 1902, que superan á todos los otros veintitrés años en más de *un millar*. Sin embargo, el aumento de natalidad es insignificante, y mucho más si lo comparamos con el que obtienen otras naciones, por ejemplo, el Japón, de que antes os hablé. Mientras España ha aumentado en veinticinco años en po-

(1) Datos sacados por mí del Sixty Fifth annual Report of the Registrar general of Births, Deaths, and Mariages, in England and Nales (1903), publicado en 1905.

blación 1.148.883, el Japón ha tenido en CUATRO años (1898 á 1901) un aumento de ¡1.662.837! Diferencia bastante considerable.

Ya véis, señores, cuán conveniente es que se sepan y se divulguen estos datos acerca de la disminución de la natalidad en España, para deshacer errores que se han propagado en perjuicio de los sagrados intereses de nuestra patria, pues como dice el ilustrado doctor Viura, de Barcelona, en otro notable trabajo que ha publicado referente á este asunto (1), «las naciones más prósperas son aquellas en que la natalidad aumenta ó se sostiene».

Y dicho esto, por lo que se refiere al primer punto, ó sea á la natalidad, y que creo suficiente al objeto que me propongo, paso al segundo, ó sea al de la *mortalidad*, que se relaciona aún más directamente con el tema de esta Conferencia.

***

¡Ah, señores! En lo relativo á mortalidad, ¡doloroso es confesarlo! España desempeña un tristísimo papel, y mucho más aún la capital de la monarquía, Madrid, como váis á ver en seguida, si seguís tan benévolos prestándome vuestra atención.

Mortalidad de varias naciones de Europa.

AÑO 1901	
Rusia europea	32'49 por 1000
Austria-Hungría	31'83 —
ESPAÑA	**27'81** —
Italia	23'52 —
Alemania	22'62 —
Francia	22'06 —
Portugal	21'84 —
Inglaterra	19'56 —
Bélgica	18'73 —
Suiza	18'60 —
Suecia	15'62 —
Noruega	15'40 —

Aquí tenéis este cuadro, que es también del *Almanaque Gotha*. En él se ve que nuestra nación ocupa uno de los primeros lugares, el tercero, en cuanto á mortalidad. ¿Y cómo ha de ser de otro modo, señores, si según el *Anuario* de nuestro *Instituto Geográfico y Esta-*

(1) *El Problema de la natalidad.* Discurso leído en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña. Barcelona, 1901.

dístico, la proporción de la mortalidad en España alcanzó, en 1900, la desconsoladora y terrible cifra de

85'49 por 100 nacimientos?

Yo temo, señores, ser pesado y molesto con la exposición de estos guarismos, nada gratos por cierto; pero creo de absoluta necesidad darlos á conocer, puesto que ellos son el fundamento en que se basa la creación de los *Consultorios de niños de pecho*. Así, pues, habéis de perdonarme que apure hasta el extremo las pruebas para convenceros de la necesidad de la fundación de la humanitaria y caritativa institución conocida con el sugestivo nombre de GOTA DE LECHE.

Deploro de todas veras no poseer el don de la oratoria, para matizar con las flores de la elocuencia este asunto tristísimo de la mortalidad infantil y presentaros menos escuetas y descarnadas esas cifras tan aterradoras. Yo ya sé que ellas causan pavor y asustan. Cuando en 1903 publiqué el *Informe acerca de la mortalidad infantil* y se ocupó en él la prensa política, me dijo un ilustre tocólogo de esta Corte y querido amigo mío: «Es un trabajo muy interesante, pero tiene usted aterrada á mi clientela». Tenía sobradísima razón tan querido amigo; pero en cambio, aquí tengo una carta de una persona distinguida, Cónsul de España en país extranjero, escrita á un pariente suyo residente en Madrid, en la que le habla de su hija, niña de ocho meses, y al referirse á mi modesta obrita *Arte de criar á los niños*, dice lo que váis á oir: «Aquellas sugestivas tablas de mortalidad estimularán nuestro celo, y si logramos doblar el Cabo de los cinco años, pensaremos con profundo agradecimiento en el médico que ha puesto sus conocimientos y su experiencia al servicio de nuestro amor paterno».

Yo no creo que los males se curen ocultándolos, sino por el contrario, hay que presentarlos bien á la vista y con todos sus detalles para que, conociéndolos mejor, se puedan tener más probabilidades de acierto en las medidas que, para remediarlos, hayan de tomarse. Ignorando vosotros estas desconsoladoras cifras, no haréis tanto caso ni de las predicaciones de los higienistas, ni cumpliréis las disposiciones oficiales que nuestros Gobiernos dicten. Es preciso, pues, que paséis ahora el mal rato que os he de dar, presentándoos cuadros, bien lúgubres por cierto, respecto al problema de la mortalidad.

El siguiente representa el

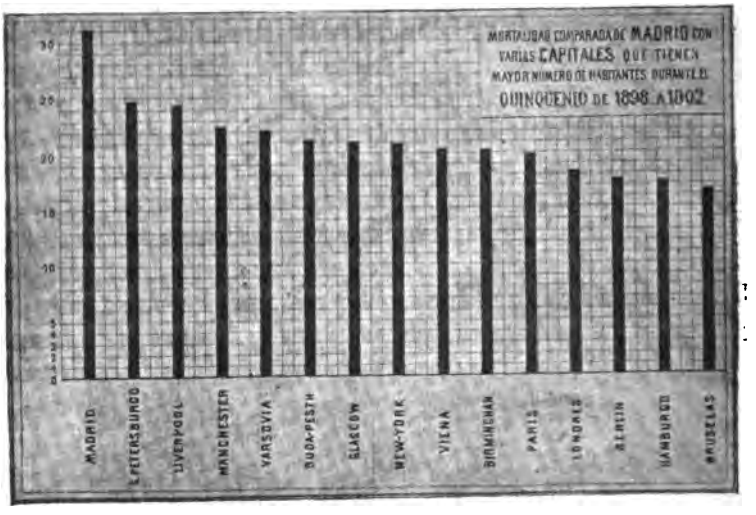
Movimiento de población de varias capitales durante el quinquenio de 1898 á 1902 (1).

CAPITALES	PROMEDIO de población	QUINQUENIO			TOTAL por 1000 habitantes. — Nacimientos	TOTAL por 1000 habitantes. — Defunciones.
		Nacimientos.	Defunciones	Diferencia.		
Londres....	4.614.171	661.231	423.088	+238.143	28'6	18'3
New-York..	3.562.512	453.619	371.297	+ 82.322	25'4	20'8
París.....	2.511.629	291.094	250.733	+ 40.241	23'1	19'9
Berlín.....	1.822.409	237.951	159.679	+ 78.272	26'1	17'5
Viena.....	1.638.409	255.714	166.352	+ 89.362	31'2	20'3
San Peters burgo....	1.191.291	161.311	148.450	+ 12.861	27'0	24'9
Glasgow....	752.317	121.725	79.341	+ 42.384	32'3	21'0
Hamburgo..	691.657	102.544	60.140	+ 42.404	29'6	17'3
Buda-Pesth.	684.570	116.509	72.723	+ 43.786	34'0	21'2
Varsovia...	645.415	123.769	71.531	+ 52.238	38'3	22'1
Liverpool..	646.096	113.414	79.121	+ 34.393	35'1	24'4
Bruselas...	565.708	66.286	46.868	+ 19.418	21'6	16'5
Manchester.	546.919	86.861	61.310	+ 25.541	31'7	22'4
Birminghan.	519.479	86.592	52.706	+ 33.886	33'3	20'2
MADRID....	515.717	**78.261**	**80.223**	**— 1.962**	**30'3**	**31'1**

Como observaréis fijándoos bien, todas estas capitales han aumentado su población en más ó en menos, excepto Madrid que ha perdido en ese lapso de tiempo ¡1.962 habitantes! De modo que si no fuese por la inmigración que nuestra capital tiene, llegaría un día en que quedase la Corte completamente despoblada, y no habría madrileños que se paseasen por el microscópico jardín en que nuestros ediles acaban de transformar el antiguo Salón del Prado.

Para que podáis apreciar mejor las anteriores cifras, os las voy á presentar en forma gráfica:

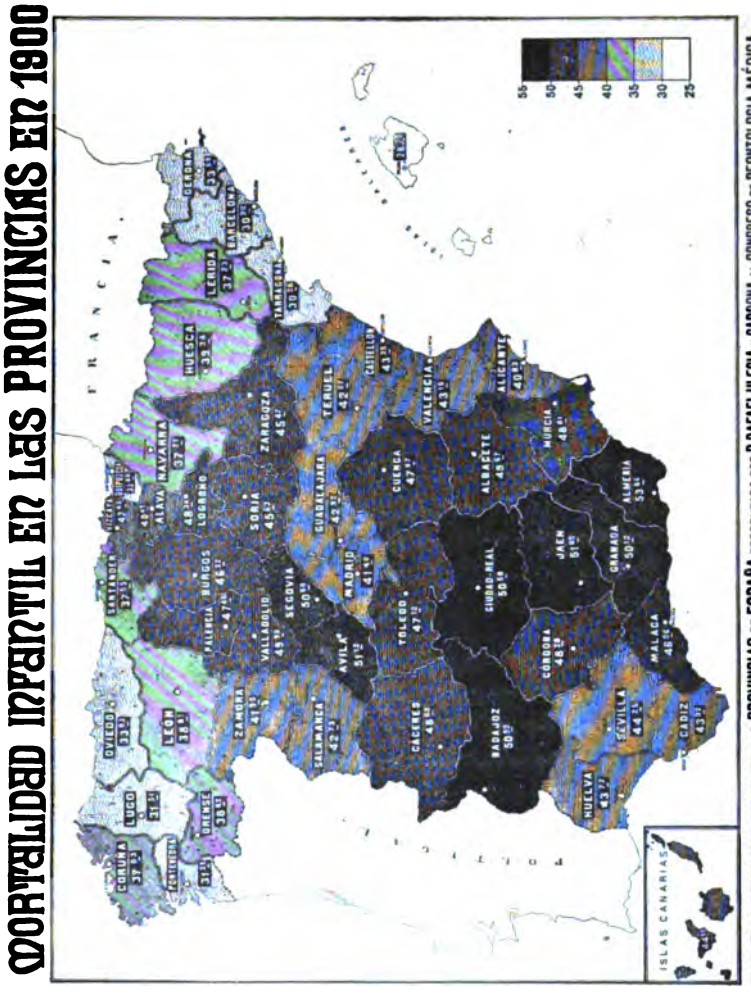
(1) Cuadro que hice para mi *Informe acerca de la mortalidad infantil,* en Madrid.



Véis que la columna mayor corresponden á Madrid, con una mortalidad de 31'1 y la menor, á Bruselas, que sólo fué de 16'5.

Cuanto he dicho, se refiere á la mortalidad *en general.*

Ahora, vamos á concretarnos á la mortalidad *de niños* de menos de cinco años, y aquí tenéis este otro cuadro que representa la que España tuvo en 1900:

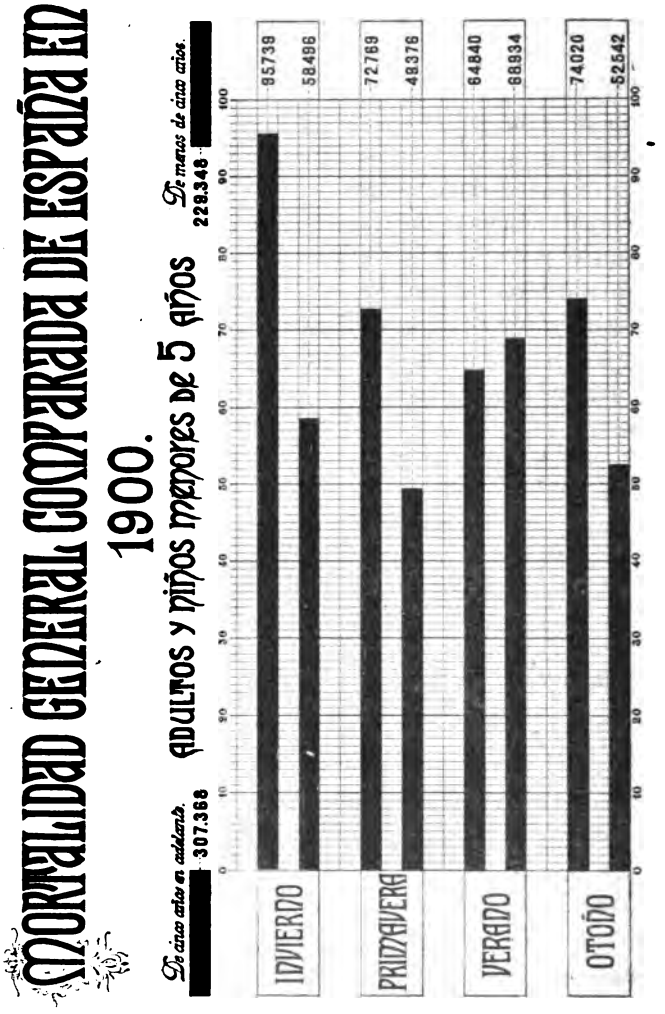


MAPA DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LAS PROVINCIAS DE ESPAÑA PRESENTADO POR D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA AL CONGRESO DE DEONTOLOGIA MÉDICA CELEBRADO EN MADRID DEL 3 AL 5 DE MAYO DE 1903.

La diferente intensidad de las tintas, acusa la diferencia en las cifras de la mortalidad; las más obscuras *mayor* y las más claras *menor*. Así véis que Segovia, Avila, Badajoz, Ciudad Real, Jaén, Granada y Almería, etc., acusan una mortalidad de niños, comparada con la general ¡de más de 50 por 100! siendo la más castigada Almería, en donde, en dicho año, de cada 100 enterrados en el Cementerio ¡53 fueron niños menores de cinco años! La menos castigada, Baleares, en la que no llegó á 29.

En ese año de 1900 la mortalidad general de España, según da-

tos oficiales, fué de **536.716** y la de niños *menores* de cinco años ¡**229.348**! repartidos en la forma siguiente:



Fijáos bien y veréis que en invierno es mucho mayor la mortalidad de adultos que de niños. Lo mismo sucede, aunque la diferencia es menor, en primavera y otoño; en cambio, lo contrario ocurre durante el *verano*, estación en que la mortalidad de niños es de 68.934 y la de adultos 64.840, es decir, la de aquéllos mayor que la de éstos, y ¿á qué es debido? A varias causas que no tengo ahora tiempo de exponéroslas; pero yo creo que la principal de todas es que vosotras,

madres, hacéis lo contrario que hacen las hormigas. Estas, en el verano, se ocupan en cómo sus hijos han de pasar bien el invierno y los proveen de alimento para dicha época, y vosotras, en el invierno, no os preocupáis en cómo han de pasar vuestros pequeñuelos el verano, y observáis con ellos un régimen detestable, empleando una lactancia desordenada, dándoles cantidades de leche exagerada ya con el pecho, ya con el biberón, ó bien haciéndoles comer *prematuramente* (antes de tiempo) papillas, sopas de caldo, la malhadada *leche condensada*, contra la cual protestaré siempre á pesar de los ejemplos que en contrario se me presenten, etc., cosas todas que alterando sus funciones digestivas, los preparan á padecer, en cuanto aparecen los calores, esa maldita enfermedad que los médicos llamamos *gastro-enteritis*, vosotras conocéis con el nombre de *diarrea* y á la que yo considero como el *Verdadero Herodes*, porque no hay ninguna que arrebate de nuestros hogares mayor número de niños que ella, como luego tendréis ocasión de ver.

(*Continuará*).

NOTAS CLINICAS

I. Un caso notable de miasa. — II. Caso grave de carbunclo curado por el método de Scharnowski.

I

Nuestro suscriptor D. Emilio Gil Prieto, nos remite la curiosa observación siguiente:

Son relativamente raros los casos de parasitismo accidental de miasa, puesto que sólo conozco ó, mejor dicho, sólo tengo noticia de dos casos publicados en la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS, números 735 y 750, y esta rareza me mueve á publicar este tercer caso:

Estanislada Ruiz, casada, de cuarenta y un años, natural de Santoyo, sin antecedentes hereditarios dignos de mención, sintió hace nueve años malestar general, cefalalgia, vértigos, temblores, excitación cerebral, algo de insomnio y accesos de palpitaciones, síntomas que venía aquejando hasta que en diciembre del pasado año, á consecuencia, según ella, de beber agua en una fuente, donde vió sumergido un zapato viejo y sucio de un niño, los trastornos referi-

dos se acentuaron, principalmente el insomnio y la excitación cerebral, hasta el extremo de hacerla creer se iba á volver loca, y comenzó á sentir malestar en el epigastrio, náuseas, vómitos, repugnancia á todo alimento y abultamiento del vientre.

En estas condiciones seguía, hasta que el 8 de junio fuí llamado con urgencia, y al entrar en la habitación, me presentan en un orinal, nadando en la orina que había expulsado, un animal provisto de un apéndice cilíndrico, de 15 milímetros de longitud por 1 de grueso, apreciándose en el cuerpo, también cilíndrico, anillos articulados.

Me refirieron que media hora antes de la expulsión sintió grandes molestias en el bajo vientre, deseos de orinar y gran excitación, que la duró toda la noche, pero desde la mañana siguiente han cesado todos los trastornos referidos, come, duerme bien y no siente náuseas.

La presencia del animal me sorprendió, por no parecerse á ninguno de los vermes intestinales (desde luego supuse que del ano pasaría á la vulva y de aquí sería arrastrado por la orina), pero consultando Revistas, hallé en las publicaciones á que aludo la descripción perfecta de dicha larva, y desde entonces no me cabe duda que se trata de un caso de parasitismo accidental.

Ultimamente me refieren haber recogido tres ejemplares iguales á este gusano, extraídos de una letrina, lo cual indica que es animal que vive y se desarrolla entre deyecciones, lugares infectos y aguas sucias, y esto enseña la posibilidad de ser introducido en el tubo digestivo en forma de larva, haciendo uso de aguas impuras, como la que bebió la enferma en cuestión á raíz de presentarse los trastornos digestivos y de agravarse los nerviosos que venía aquejando.

II

Nuestro suscriptor D. Arturo Rodríguez Sieiro, médico de Carballino, nos remite para su publicación el notable caso siguiente:

Con el objeto de evidenciar una vez más los excelentes resultados obtenidos en el tratamiento del carbunclo por medio de las inyecciones parenquimatosas de solución carbólica al 2 por 100, empleadas oportunamente y en dosis elevadas sin temor á la intoxicación, doy á la publicidad el siguiente caso clínico, que conceptúo de interés por la gravedad que ha revestido:

C. I., de cuarenta y cuatro años de edad, labrador y de constitu-

ción vigorosa, en 8 de agosto último, desollando una res vacuna muerta á consecuencia de infección carbunclosa, se infectó, presentándosele á los dos días de haber llevado á cabo dicha operación una vesiculita de color violado en el dorso de la mano derecha, la que fué cauterizada con tintura de yodo por un dependiente de farmacia primero, y más tarde con un potencial más enérgico por un ilustrado médico, á pesar de lo cual el enfermo se agravó, siendo su estado el día 15, esto es, á los siete días de téner lugar la infección, como sigue:

Presa de una gran postración física y moral, acusa una temperatura de 38°, está inapetente y el pulso es lento y depresible. En el dorso de la mano á que se hace referencia, existe una escara de color negruzco, del tamaño aproximado de una moneda de cinco céntimos, y alrededor una areola inflamatoria. Toda la extremidad toráçica se halla invadida por una tumefacción edematosa, que llega hasta cerca del hombro, apareciendo el tegumento externo de color amoratado y erizado de vesículas flictenoides, produciendo en conjunto la impresión de un miembro elefantiásico, con volumen doble del normal. Hay impotencia completa de la extremidad, y zonas extensas de anestesia invaden la mano y antebrazo, infarto de los ganglios de la axila y eritematosa la piel del hombro y parte lateral del tórax del lado derecho.

Ante estado tan alarmante, sin pérdida de tiempo se practican ocho inyecciones de 1 centímetro cúbico cada una de la solución carbólica al 2 por 100, cinco alrededor de la escara y las tres restantes en las zonas anestésicas del antebrazo, no experimentando el enfermo el más ligero dolor al atravesar los tejidos con la aguja de la jeringa ni en el momento de verificar la inyección. Un régimen alimenticio adecuado y la aplicación constante de compresas humedecidas en solución carbólica al 3 por 100 á 40°, completan el plan curativo.

Transcurridas doce horas, veo de nuevo al enfermo, y su primer saludo es el siguiente: «ya siento el brazo». Alentado por esta manifestación, de gran significación pronóstica, y siendo, en efecto, comprobada la reaparición de la sensibilidad en algunas de las zonas anestésicas, repito las inyecciones en la misma forma y número que al principio, notando que ha vuelto también la sensibilidad para el dolor, pues las inyecciones son mal toleradas

El día 17 la tumefacción y edema, sin disminuir, hállanse circunscritos, y el enfermo mueve el brazo, aunque con dificultad. El erite-

ma del hombro y parte lateral del tórax han desaparecido, en vista de lo cual se reduce el número de inyecciones á seis, que resultan esta vez de dolor irresistible.

Al cuarto día de instituído el tratamiento que antecede, el cambio experimentado es notable ; la fiebre desaparece, el pulso es normal, recobra el apetito y las fuerzas perdidas, la tumefacción y el edema de la extremidad afectada han disminuído ostensiblemente y los movimientos de la misma son relativamente fáciles.

A partir de esta fecha se suprimen las inyecciones parenquimatosas, y el tratamiento queda reducido al uso de las compresas en la forma descrita hasta obtener la desaparición total de la tumefacción, lo que se consigue á los cinco días, quedando solamente como resíduo un eczema exudativo, que se logra dominar con irrigaciones de agua esterilizada y un polvo al salol, óxido de zinc y talco preparado.

Las consideráciones clínicas que se infieren del caso historiado y de otros de índole semejante, son varias.

A la manera que el bacilo de Pfeifer ejerce una acción siderante sobre los centros nerviosos, engendrando como consecuencia parálisis vasomotora, causa de esas congestiones viscerales paralíticas tan magistralmente descritas por el eminente clínico Dr. Mariani en un artículo publicado en esta Revista, el bacilo antracis produce efectos parecidos, revelados en las formas graves de carbunclo por la postración, la hipotermia, disnea nerviosa, irregularidad del pulso y la adinamia en que muere el enfermo. Pero á la inversa de lo que sucede con aquél, en la infección producida por este último los trastornos nerviosos locales son *primitivos*, apareciendo como consecuencia de la parálisis vasomotora el éxtasis, y dependiente de una anulación de la acción de los nervios motores y sensitivos la impotencia muscular y la anestesia.

Basándome, pues, en lo que la observación clínica sugiere, creo que el bacilo carbuncoso en pleno período evolutivo y cuando su virulencia es mayor, posee, como ciertos alcaloides, propiedades anestésicas, analgésicas y paralíticomotoras. Y que las soluciones carbólicas inyectadas oportunamente en los tejidos invadidos por dicho bacilo, ya sea aumentando las resistencias orgánicas naturales, ó creándole una atmósfera impropia para su fácil evolución, disminuyen su virulencia, cesando desde este instante los trastornos nerviosos que determinan, reapareciendo la sensibilidad y el movimiento, bien elocuentemente demostrado en el enfermo aludi-

do, sin que el fenómeno pueda atribuirse á acción mecánica del éxtasis ó edema, por cuanto después de las primeras inyecciones no habían desaparecido, ni siquiera disminuído.

La marcha invasora de la tumefacción y edema, con la alteración del estado general del enfermo, servirán de norma para regular el número de inyecciones que deben practicarse, no bajando de ocho en cada sesión en los casos graves, y de tres á cuatro en los leves, con intervalo de doce horas de unas á otras y practicadas no solamente alrededor de la pústula, *si que también en los límites del tejido sano*, cuando la tumefacción y edemas son progresivos.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de Enfermedades de los niños en el Instituto Rubio.

I. CARTILLA HIGIÉNICO-POPULAR CONTRA LA TUBERCULOSIS, por el Dr. Cándido. —Cartagena, 1904.

II. ESTUDIO DE LOS VENENOS MICROBIANOS Y EN ESPECIAL DEL DIFTÉRICO, por don Francisco de Castro y Pascual. — Madrid,. 1903.

I

En forma sencilla y perfectamente pensada, pues en ella se contesta á cuantas preguntas pueden hacerse respecto de la tuberculosis y su profilaxia, está escrita esta *Cartilla* con destino á las escuelas.

Como toda obra que tiende á vulgarizar los conocimientos científicos, tiene en su favor la simpatía con que se acoge por el público, y en esta ocasión el acierto con que está escrita para lograr el fin que su autor se propone.

II

La índole de los trabajos á que se dedica el Dr. de Castro y Pascual, distinguido Profesor auxiliar de la Facultad de Farmacia de la Universidad, encargado de la Cátedra de Microbiología, Técnica bacteriológica y preparación de sueros medicinales, le permite poseer sobre esta materia conocimientos superiores y de ahí que su obra puede desde luego calificarse de excelente.

Varios son los asuntos de que trata en este trabajo y todos de gran interés científico: El origen de los venenos microbianos, la infección y la intoxicación; su constitución química, acción local, general y electiva sobre los animales; la inmunidad y la inmunización; para tratar en la segunda parte del *veneno diftérico*, estudiando el bacilo, su cultivo, preparación, constitución química, acción sobre el organismo local y general, y, por último, se ocupa de las aplicaciones del suero antidiftérico.

Nada, pues, deja de ser objeto de análisis por parte del autor, en cuanto se refiere á las cuestiones que entraña el problema bioquímico del asunto.

Los grabados que ilustran esta obra son muy notables, sobre todo el explicativo de la lesión local diftérica, presentando uno que abarca gran parte del arbol aéreo recogido en el Instituto bacteriológico del Dr. Llorente en esta Corte.

Este es, en nuestro juicio, un trabajo de cierta originalidad y que completa para el médico el estudio clínico recogido hasta la fecha por los observadores, y del cual no es posible prescindir, por quien desee conocer á fondo todo el problema de la difteria y de su tratamiento sueroterápico, cuyo fundamento científico estriba en los estudios de química biológica, tal como los presenta con gran acierto el ilustrado autor de este excelente trabajo.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Difteria laríngea primitiva. — En la *Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas*, de Cataluña, el Dr. Monturiol, expone el siguiente caso:

«Señora de cincuenta años, con el mismo cuadro sindrómico que en una criatura de cuatro años. Seguidamente á una notable y persistente disfonía con alternativas de mejoría y aparente curación desde varios meses, y coincidiendo con un estado de descomposición gastro-entérico simple apenas febril durante ocho ó diez días, una madrugada despertó con disnea é intenso tiraje de origen laríngeo, sin deformación ni notable tumefacción de la parte, que el examen laringoscópico explicó por encontrarse revestida de membranas diftéricas, si bien éstas no obstruían la luz glótica de modo que hicieran temer una asfixia inmediata. No obstante, á las treinta horas, después de algunas alternativas de mitigación y recrudecimiento de

la disnea, ésta progresó con tan inusitada intensidad, que fué preciso traqueotomizarla. La enferma, bajo la carbotoxemia apenas se dió cuenta de la intervención, y al abrirle la tráquea afluyeron al exterior infinidad de neomembranas en las que se encontró no sólo el bacilo de Löffler, sino estreptococos y estafilococos en abundancia. No recurrió á la intubación por creer preferible la traqueotomía, como no era de prever, y tal vez en este caso hubiera sido insuficiente por lo muy bajas que llegaban las pseudomembranas.

A pesar de haberle administrado durante los seis días consecutivos 140 c. m. de suero Roux y notable cantidad de cerevisina, no cesó la fiebre hasta el séptimo con ayuda de baños fríos de veinte á veinticinco minutos á 28°, repetidos en el momento que la hipertermia alcanzaba 39°,2, pero tampoco han quedado secuelas ni larga convalecencia.

Lo notable del caso, además de lo últimamente referido, es la edad, recordando de paso otra difteria amigdaliana en una señora de sesenta años y un ataque igual que sufrió el señor disertante á la de treinta y dos».

Tratamiento de la eclampsia infantil de origen toxi-alimenticio. — Acerca de este asunto, publica en la *Gaceta Médica de Granada y del Sur de España* D. Francisco Prieto Orellana, las siguientes consideraciones clínicas:

Formando un grupo importantísimo entre las causas de la eclampsia, se encuentran las de origen toxi-alimenticio, y todo el que haya ejercido la profesión médica en los pueblos, sabe muy bien que en ellos abundan mucho los procesos agudos gastro-intestinales acarreados por la mala dirección alimenticia de los niños. En su curso sobrevienen con lamentable frecuencia los ataques de eclampsia, no siendo raro que sucumban los enfermitos, á pesar de todo cuanto se hace por impedirlo. El problema que se plantea en estos casos es difícil de resolver. La necesidad de evacuar el tubo digestivo es urgente, inaplazable, pero esta indicación es muy difícil de llenar sin calmar algo el eretismo nervioso, porque, ¿cómo administrar un vomitivo ó un purgante, en medio de una serie de ataques que no dejan lugar más que para pensar en éllos? y, por otra parte, ¿cómo se logra que el sistema nervioso nos otorgue el armisticio necesario?

El estrecho parecido clínico y patogénico entre los procesos morbosos debidos á las auto-intoxicaciones es evidente y fácil de apreciar, y, partiendo de esta base, se deduce, que, siendo esta forma de eclampsia de fondo común con la uremia y la eclampsia puerperal, aunque entre unas y otras haya las naturales variantes, en razón á los distintos sujetos que las padecen, siempre resulta que la absorción de substancias tóxicas es lo que produce estos cuadros patológicos. Que la intoxicación se deba á insuficiencias renales ó del hígano, ó la produzca la absorción de toxinas y ptomaínas elaboradas en el tubo digestivo, serán variantes en el decorado, pero no cambian el aspecto fundamental del proceso. Siendo esto así, resulta lógico suponer que el tratamiento eliminador de positivos resultados en la uremia y la eclampsia puerperal, debe serlo también en la infantil. La sangría lucha con ventaja contra estos procesos. La sangría general, seguramente es un medio peligroso en estos casos, porque, ó la cantidad de tóxico extraído es muy pequeña, si la sangría es pequeña, y acaso no sirva

para nada, ó si se hace muy abundante para ser bastante eliminadora, quizá fuera superior á las débiles fuerzas de los enfermitos. *A priori* le pareció que la aplicación de algunas sanguijuelas en las márgenes del ano lograría armonizar estos antitéticos extremos.

En efecto, si lo tóxico está en los casos de indigestión en el tubo digestivo y, una vez absorbido camina por el sistema venoso de la porta, la abundante comunicación entre este sistema y las demás venas abdomino-pelvianas, haría que la evacuación sanguínea que ejecutaran las sanguijuelas, aplicadas en la región peri-anal, lograra el mayor efecto últil que fuera compatible con una pequeña pérdida sanguínea.

Refiere el siguiente caso clínico:

1.° D. R., de cinco meses de edad, buena constitución y sin antecedentes neuropáticos ni de ninguna clase. Alimentado con leche de cabras, sopa y sémola en cantidades excesivas, ha gozado de buena salud hasta la fecha, y aún no ha tenido ningún signo de dentición. Cierto día que había comido con exceso, cayó enfermo, con fiebre no muy alta, dolor abdominal, deposiciones no muy abundantes, pero sí muy fétidas y lloros muy frecuentes. En estas condiciones permaneció desde la tarde hasta las tres de la madrugada, en cuya hora sufrió un fuerte ataque de eclampsia. El enfermito, en menos de media hora sufrió dos nuevos é intensísimos ataques; el cuarto vino á poco, mientras le reconocía, y permitió comprobar la eclampsia con todos sus caracteres. El estado del paciente no podía ser más alarmante. Su vientre meteorizado y dolorido, diarrea con los caracteres ya citados, fiebre de 39°,7, pulso muy frecuente y gran postración, ataques que se sucedían en cortos intervalos.

Hizo aplicar tres sanguijuelas en las márgenes del ano, practicó aspersiones de agua fría en la cara y fricciones estimulantes en los miembros inferiores. A los quince minutos el niño había ya reaccionado; la postración desapareció casi por completo y la fiebre bajó á 39°; al cabo de una hora no tenía más que 37°,8, el pulso mucho más normal y el aspecto del niño casi como cuando no estaba enfermo. Administró entonces un poco de aceite ricino y poco después una poción bromurada. El purgante produjo á la hora de haberle administrado, dos deposiciones abundantes y fetidísimas, seguidas de otra no tan mal oliente. Una hora después de esto no hay ya más que 37°,2 y los ataqmes de eclampsia siguen sin aparecer. Sigue administrando el bromuro, le prescribe el benzoaftol y el tanígeno en papeles y con este tratamiento se logró que la fiebre remitiera en absoluto; las deposiciones fueron ya normales por la tarde, siguieron los ataques sin aparecer, pudiendo el niño mamar perfectamente, siendo posible darle el alta á los cuatro días de estar encargado de su asistencia.

2.° El segundo caso es análogo al primero. C. R., de dos años de edad, regular constitución y temperamento linfático. Cierto día, después de uno de sus habituales atracones, cae enfermo con todos los síntomas de una enteritis aguda, y á las doce horas de notada por los padres la dolencia, comienzan los ataques de eclampsia. Le encontró muy abatido, con fiebre de 39°,8, vientre dolorido, deposiciones muy fétidas y en las que había numerosos granos de arroz sin digerir. Aplicó cinco sanguijuelas en la región ya dicha y la reacción no se hizo esperar. Antes de una hora el aspecto del

enfermito era casi normal y apenas había ya abatimiento; desaparecieron los ataques y bajó la fiebre á 38°. Prescribió un purgante, el bromuro y los antisépticos intestinales, siguiendo la pauta anterior, y el resultado no pudo ser más feliz; la mejoría fué tan rápida y sostenida, que á los cinco días el niño estaba completamente bien.

3.° D. V., de un año de edad, constitución regular y temperamento linfático. Come mucho de toda clase de alimentos y ya no mama; la marcha de su dentición en nada se aparta de lo ordinario. De igual modo que los anteriores, enferma á causa del mal regimen alimenticio. La incuria de los padres deja pasar el primer día de enfermedad sin auxilios facultativos, que no reclaman hasta que la eclampsia aparece. En este caso el síndrome fué menos aparatoso; los ataques se sucedían con más largos intervalos, había menos fiebre (39°) y menos diarrea. Animado por los otros casos, decidió emplear en éste análogo tratamiento. Aplicó cuatro sanguijuelas, un purgante una hora después, usó también el benzonaftol y el tanígeno y *prescindió del bromuro*. El curso fué tan satisfactorio como de ordinario; los ataques desaparecieron al momento, la fiebre remitió bien pronto, y á los cinco días todo había vuelto á su estado normal.

«Aunque no pretendo, dice, que las sanguijuelas sean un tratamiento específico de la forma de eclampsia que le ocupa, y aunque el número de casos que poseo hasta ahora, es muy limitado para formar una base sólida que acredite su eficacia, lo satisfactorio de sus resultados, que por otra parte son muy lógicos, y la facilidad con que se las encuentra en todos lados (seguramente en todos los pueblos, en los cuales, casi nunca hay cloroformo, suero artificial, etc., etc.), hacen que sean un recurso terapéutico que nos puede salvar de más de un conflicto. Pruébase con estos apuntes una vez más lo peligroso de los sistemas. Tan malo es la sangría á destajo como dejar de hacerla cuando puede sernos utilísimo su empleo».

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesiones de los días 17 y 24 de Octubre de 1905.

Moscas y cólera. — Los Dres. CHANTEMESSE y BOREL: El cólera ha venido de la India á Europa en cuatro años. Nos podemos preguntar cuáles han sido sus medios de propagación, que podemos reconstruir gracias á los numerosos documentos que poseemos. Se puede dividir la propagación del cólera en tres formas distintas: 1.ª Propagación á largas distancias (de conti-

nente á continente, por ejemplo). 2.ª Propagación de unos pueblos á otros; y 3.ª, diseminación de individuo á individuo. El transporte del padecimiento no se verifica por las mercancías, puesto que la marcha del cólera ha sido muy diferente y, por regla general, no ha seguido las líneas de navegación; tampoco se verifica el transporte por el agua almacenada á bordo de los buques, puesto que no ha manifestado su acción nociva á bordo durante la travesía. ¿Se verifica, pues, el transporte por los hombres en apariencia sanos? Examinemos desde este punto de vista los hechos recientes. En estos últimos cuatro años han partido del Extremo Oriente contaminados 4.000 buques, los cuales han transportado 200.000 tripulantes y 500.000 pasajeros; de este número de buques sólo 13 tenían casos de cólera y 25 enfermos en el momento de su llegada á Francia.

Para algunos buques, los casos de cólera se han presentado poco tiempo después de la partida, pero en la inmensa mayoría, los casos se han desarrollado entre tripulantes ó pasajeros, á los veinte, veintidós y treinta días después de levar anclas. Como se ve, en estas condiciones el servicio sanitario está desarmado para luchar contra el cólera, puesto que un individuo podría partir de Bombay en estado de salud aparente perfecta, hacer su travesía de diecisiete días, llegar sin novedad á Marsella, y sin embargo, padecer después de su desembarco un ataque de cólera ó diseminar la enfermedad. Este año no ha ocurrido ni un sólo caso de cólera en la peregrinación á la Meca. En el lazareto de Dor, un bacteriólogo examinó seis cadáveres de peregrinos que murieron de una enfermedad no colérica, cinco semanas después que habían partido de la Meca y encontró en sus intestinos bacilos vírgulas. Para el cólera, el microbismo latente puede persistir durante treinta días y determinar la enfermedad al cabo de este tiempo. De este modo un individuo puede llevar en sus intestinos el bacilo vírgula durante semanas y propagarlo sin tener nunca el cólera ó transportarlo durante tres ó cuatro semanas y después de este plazo ser víctima de la enfermedad.

La propagación se verifica siguiendo los medios de locomoción del país. Las ropas, los equipajes y los efectos, desempeñan un papel importante en la diseminación, pero los individuos en estado de microbismo latente, son sobre todo los más peligrosos propagadores de la enfermedad. Los mismos factores son los que determinan la diseminación y, además, es necesario hacer intervenir el transporte de los bacilos por individuos que los albergan en sus intestinos, sin que ellos presenten ningún síntoma morboso. La diseminación por el agua es indudable, pero no absoluta; tanto es así, que en Saline, por ejemplo, el cólera ha reinado cruelmente hace dos años, y sin embargo, no hay agua en la población, que está edificada sobre una montaña de sal y se ha de traer el agua de una distancia de 30 kilómetros. En Djeddah, donde el cuartel está alimentado por una agua muy pura, el cólera invade á menudo la guarnición.

El frío y el calor desempeñan un papel importante. Se sabe que el frío parece ser muy desfavorable á la diseminación del cólera. ¿Pero por qué causa? Muy probablemente porque obra sobre seres intermediarios que sirven de vectores, tales como las moscas ó los parásitos animales. Ambrosio Pareo había ya indicado las relaciones que había entre las moscas y la

peste. En Inglaterra se había observado que el cólera se diseminaba tanto más cuanto más abundantes eran las moscas. Un gran número de observaciones y de experimentos recientes, demuestran que, lo mismo que por la fiebre amarilla, la fiebre tifoidea y el cólera son transmitidos muy fácilmente por las moscas. Para demostrar este hecho, los autores han instituído los experimentos siguientes: En un bote se dejan moscas con materias coléricas; después se las traslada á un bote esterilizado, y pasadas algunas horas se examinan y se siembran las patas y las vísceras. De este modo se ha demostrado que durante las primeras horas la virulencia de estas partes es muy grande; á las siete horas las moscas son todavía capaces de contaminar con sus patas y con su contenido intestinal, lo propio que á las veinticuatro horas; pero al cabo de cuarenta y ocho horas son ya inofensivas. Por lo tanto, puede afirmarse, el papel muy peligroso que como vector del cólera desempeñan las moscas, y considerar como la expresión exacta de la verdad la reciente frase de un autor americano: «Dentro de algunos años, cuando se conozca mejor el peligro á que exponen las moscas, será tan vergonzoso para una señora tener moscas en su casa, como hoy lo es tener chinches en la cama».

Superioridad del agua de mar sobre el suero artificial.— El Dr. Porak: En mi enfermería, pabellón de los débiles, han hecho una serie de investigaciones acerca de este asunto, los Dres. Macé y Quintou. Las observaciones son en número de 31 y representan 2.132 días de experimentación. Los niños pesaban por término medio 1.000 gramos. Durante el tratamiento hipodérmico se inyectaban cada dos días 10 cent. cúb. de agua de mar ó de suero artificial según el caso y la serie. Los resultados obtenidos son de los más evidentes; los niños eran de una vitalidad muy precaria, como lo demuestra su aumento medio de peso antes del tratamiento: 1'61 gramos por día y por niño. Con las inyecciones de suero artificial, este aumento medio y diario se elevó á 5'32 gramos y con las inyecciones de agua de mar á 9'07 gramos. Por lo tanto, el aumento de peso que mide de un modo tan preciso en el niño la actividad general de las funciones orgánicas, es casi doble con la inyección marina de lo que lo es con la inyección de suero artificial. Por otra parte, lejos de mostrarse nociva en ningún caso, el tratamiento marino ha parecido que obraba ventajosamente sobre la evolución de diversos padecimientos de la infancia: enteritis, bronquitis, ictericia, etc. De estas investigaciones, pues, resulta manifiesta la superioridad del agua de mar sobre el suero artificial, superioridad, por lo demás, ya demostrada por la fisiología.

Embarazo séxtuplo. — El Dr. Hamy: Este embarazo se desarrolló en una negra de Akkra, principal población del litoral de la Colonia inglesa de Costa de Oro. La fotografía que presento es la de los seis fetos; no se ha recogido ningún dato respecto á la placenta, y es realmente doloroso, porque tal vez es el primer caso conocido de embarazo séxtuplo.

Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 18 de Octubre de 1905.

Heridas gástricas penetrantes por arma de fuego. — El Dr. *Reynier* refirió cuatro casos — uno observado por el Dr. Savariaud y tres personales — de heridas penetrantes del abdomen por arma de fuego, en las que todos los síntomas eran favorables á una lesión sólo del estómago; á pesar de esto curaron sin intervención operatoria, bien porque el herido se opusiera á ella, ó bien porque el cirujano la creyera inútil (falta de reacción peritoneal, de hemorragia grave, de fiebre, buen estado del pulso, etc.).

La estadística del Dr. Forgue prueba que de 71 casos de heridas penetrantes del abdomen por arma de fuego en las que no se recurrió á los medios operatorios, 33 curaron y 38 murieron (en muchos de éstos había además lesiones de otras vísceras), mientras que de 81 casos tratados por los medios quirúrgicos, sólo curaron 31 y murieron 50; estos hechos prueban que en muchos casos de heridas del estómago por arma de fuego, es preferible abstenerse de toda intervención operatoria. Estos casos son los de tentativas de suicidio con arma de pequeño calibre, cuando el estómago está vacío, no hay reacción peritoneal acentuada, el pulso sigue siendo bueno y la temperatura no se eleva. En estos casos el reposo y la dieta absoluta, la aplicación de hielo sobre el vientre, la morfina y las inyecciones subcutáneas de suero artificial, son susceptibles de curar al enfermo sin necesidad de recurrir al bisturí.

El Dr. *Potherat*, después de manifestar que casi siempre es dificilísimo en los casos de herida penetrante de la región epigástrica, decir si está interesado sólo el estómago, citó un hecho personal que demuestra que aun en este último caso, y cuando se encuentran reunidas las condiciones indicadas por el Dr. Reynier (tentativa de suicidio con arma de pequeño calibre, en ayunas, etc.), la abstención voluntaria ó forzada puede ser seguida de un resultado desastroso.

Se trata de un joven que se disparó un tiro de revólver en el epigastrio; presentaba los signos típicos de herida del estómago; el herido rechazó la intervención operatoria; pero después de haberse presentado dos nuevas hematemesis y de agravarse el estado del enfermo, él mismo pidió se le operara. Se practicó la laparotomía, descubriéndose una herida perforante de la pared anterior del estómago, en la que sangraba una rama arterial. Ligadura de la arteria, sutura de la pared gástrica, desagüe. El herido murió á la siguiente noche.

El Dr. *Quénu* manifestó no estaba conforme con las conclusiones del doctor Reynier. Una mujer joven, herida en las condiciones indicadas, rehusó dejarse operar y murió á las veinticuatro horas, á pesar de emplearse un tratamiento médico riguroso.

En realidad, el único tratamiento lógico de las heridas penetrantes del estómago, consiste en la intervención quirúrgica lo más precoz posible. El éxito obtenido por los cirujanos de Bureau Central que han adoptado esta conducta, es satisfactorio en absoluto. Hace poco tiempo, el Dr. Dujarier

operó de urgencia, en la clínica del Dr. Quénu, á una enferma con herida doble del estómago, ocasionada por un tiro de revólver. Suturó estas heridas á tiempo y consiguió prevenir la peritonitis y que curara la enferma.

El Dr. *Reclus* dijo que había sido partidario de la expectación en las heridas penetrantes del estómago, pero en aquella época la intervención quirúrgica sobre este órgano era peligrosísima; hoy la asepsia y el instrumental de nuestras salas de operaciones nos permite arriesgarnos más, y la laparotomía se impone en el tratamiento de todas las heridas penetrantes del abdomen.

El Dr. *Delbet* aprobó lás declaraciones de sus colegas en favor de la intervención lo más precoz posible en todos los casos en que existen signos de herida del estómago. Los casos que cita el Dr. Reynier en apoyo de su opinión carecen de valor, porque ¿puede afirmarse que en estos sujetos estaba verdaderamente herido el estómago? La hematemesis no es siempre un signo cierto de estas heridas, y prueba de ello es un caso operado por el Dr. Delbet; el enfermo tuvo hematemesis, pero cuando se practicó la laparotomía, no se encontró la menor lesión gástrica apreciable á la vista; cerró el abdomen sin hacer más, y el enfermo curó sin complicación alguna.

El Dr. *Routier* aconsejó intervenir en cuanto se diagnostica una herida penetrante del abdomen, sin preocuparse si está lesionado sólo el estómago ó si ha sido herida alguna otra víscera.

El Dr. *Legueu* es también partidario de la intervención precoz, y en prueba de ello citó tres observaciones de heridas penetrantes del epigastrio en las que la intervención activa permitió curar á los heridos; en uno de los casos se trataba de herida del estómago y en los otros dos de herida del hígado.

Tratamiento del tic convulsivo facial.—El Dr. *Poirier* comunicó el resultado, que puede considerarse como definitivo, de una resección del ganglio cervical superior del gran simpático, practicada hace treinta meses en un enfermo que padecía tic doloroso convulsivo típico de la cara, refractario á todos los demás medios de tratamiento. Los síntomas desaparecieron por completo desde el día siguiente de la operación. La curación persiste desde entonces.

Citó, además, otro resultado casi tan satisfactorio, pero más reciente, obtenido en un enfermo operado hace seis meses en las mismas condiciones que el anterior.

La resección del ganglio cervical superior posee, al parecer, una eficacia indudable contra esta afección tenaz y penosa. No es una operación fácil, porque en un tercer caso no consiguió el Dr. Poirier, á pesar de las investigaciones más minuciosas, descubrir el ganglio que había de resecarse. La resección del tronco del simpático cervical, que se practicó en vez de la de su ganglio superior, sólo fué seguida de mejoría pasajera; un mes después la recidiva era completa y el enfermo presentaba, además, una parálisis de la cuerda vocal izquierda, lo que indicaba que la sección nerviosa no había recaído exclusivamente en el tronco del gran simpático.

Prostatectomía perineal por hipertrofia. — El Dr. *Legueu* presentó un hombre de sesenta y dos años que padecía retención completa de orina desde

hacía diecisiete años y que había sido operado ya sin éxito por la prostatectomía suprapubiana parcial hace trece años; desde que se practicó la prostatectomía total hace cuatro meses, el enfermo orina perfectamente y vacía su vejiga. El Dr. Legueu manifestó que no conocía ejemplo tan notable del restablecimiento de la contractilidad vesical después de la prostatectomía. Es verdad que el operado conserva una fistulilla urinaria perineal, pero carece de importancia y se halla en vías de cicatrización.

(*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 24 de Octubre de 1905 (1).

Peritonitis. — El Dr. *J. D. Malcolm* leyó un trabajo sobre este asunto. Discutió primero la naturaleza de la inflamación combatiendo la opinión de que es producida siempre por microorganismos y sosteniendo que es fisiológica; pero cuando es grave y va acompañada de aumento de las combustiones orgánicas, se presenta la fiebre.

Como ejemplos de peritonitis simple pueden citarse las que sobrevienen á consecuencia de la torsión aguda de un pedículo ovárico ó de la rotura de un saco de gestación extrauterina. Las adherencias que se forman pueden compararse con los productos de irritación que conducen á la cicatrización de la herida por primera intención. Se cree que la supuración es debida á la exageración de estos cambios fisiológicos simples.

La peritonitis séptica aguda se ha comparado á la adhesiva alrededor de un tumor estrangulado. La reacción febril es proporcionada á la extensión del trastorno cuando no hay pruebas evidentes de propagación de la influencia séptica á lo largo de los linfáticos. La causa del aumento de la temperatura se supone que son los productos que envía el tejido lesionado á los centros del calor y no la absorción de substancias tóxicas.

Cuando se forma una zona de demarcación alrededor de los tejidos privados de vitalidad, la fiebre desciende. Estos cambios fisiológicos alrededor de los tejidos lesionados aumentan su actividad sólo durante los tres días que siguen á la desaparición de la causa que produce la lesión, porque tienen por objeto eliminar por absorción ó formar una zona de aislamiento. La inflamación séptica es un proceso de este género, más la influencia del microorganismo irritante. Toda acción destructora debe ser excluída de la idea de inflamación.

El Dr. *Alba Doran*, se ocupó de la torsión de los pedículos ováricos y de la gestación tubárica. Las modificaciones inflamatorias triviales del saco tubario, son ocasionadas por el producto de la concepción que no es séptico. La rotura de un saco tubario es seguida de dolor y de fiebre, aunque no haya sepsis. Cree que estos fenómenos son favorables á la doctrina sustentada por el Dr. Malcolm en su trabajo.

(1) Primera del curso académico actual.

El Dr. *L. Dudgeon* manifestó que son contados los autores que describen la inflamación como un proceso fisiológico. Si se hace una incisión simple, hay aumento de los leucocitos, y por último, se ve aumentar el número de las células polinucleares finamente granulosas. Lo mismo ocurre cuando se inyecta en el peritoneo una disolución salina esterilizada. Muchas heridas asépticas contienen estafilococos. La presencia de los cocos en los tejidos no indica la supuración. El descubrimiento de un exudado peritoneal llamado estéril, indica un defecto en la técnica. El cultivo de trozos de epiplón revela la existencia de microorganismos, principalmente de estafilococos blancos. La fiebre después de la rotura de un saco de embarazo ectópico se ha atribuído á la absorción de fermento, pero el coágulo sanguíneo contiene el estafilococo blanco. Es verdad que este organismo, jamás ha producido la supuración. Se le encuentra también en los casos de peritonitis por torsión del pedículo de un quiste ovárico. Terminó preguntando en qué se funda el Dr. Malcolm para considerar como aséptico el proceso descrito en su trabajo.

El Dr. *Lauder Brunton* dijo que los fermentos desempeñan en la inflamación el mismo papel que en la digestión. La fagocitosis puede compararse en su esencia á la digestión por fermentos. Cuando se lesionan los glóbulos blancos de la sangre, producen plasmasa que determina la coagulación, pero excretan también un fermento digestivo.

El Dr. *G. Herman* manifestó que la peritonitis simple es una afección frecuente, porque cuando se abre un abdomen poco después de curar la herida de una laparotomía, suelen encontrarse adherencias.

(*British Med. Journal*). — F. Toledo.

PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

Celebrado en Bruselas del 18 al 23 de Septiembre de 1905.

(Conclusión)

Tratamiento de la peritonitis. — El Dr. *P. L. Friedreich* (de Greifswal, ponente) se ocupó principalmente del tratamiento de la peritonitis de origen apendicular, en la que la intervención quirúrgica puede ser eficacísima. De su informe se deducen las conclusiones siguientes:

1.ª El punto de origen de la infección peritoneal desempeña un papel importantísimo.

2.ª El momento en que somos llamados (principio de la infección, extensión ó limitación, parálisis intestinal) hace variar las probabilidades y las condiciones de éxito.

3.ª En todos los períodos de la peritonitis generalizada, está indicada la intervención, porque es poco probable que se enquiste a infección; la abstención sólo es admisible cuando la infección es ya tan profunda, que la parálisis medular se revela por enfriamiento de las extremidades, cianosis, etc.

4.ª El autor prefiere la narcosis por la morfina-éter á la anestesia local.

5.ª Conviene evitar el enfriamiento del enfermo calentando la mesa operatoria, etc.

6.ª La administración de los purgantes en la peritonitis, con objeto de acelerar el proceso de absorción, se funda en conceptos teóricos erróneos. Los purgantes no son nocivos más que en las peritonitis relativamente poco extensas.

7.ª Todas las tentativas de limpieza de la cavidad peritoneal por evacuación de los intestinos, irrigaciones abundantes, etc., están condenadas por lo falso de la idea en que se fundan.

8.ª El meteorismo que existe á veces durante la operación, y que puede aumentar después, es debido á la fijación de los intestinos por adherencias más ó menos laxas, que producen la inmovilidad ó el acodamiento más que la verdadera parálisis. Si este síntoma persiste á pesar de la aplicación de compresas calientes ó de lavatorios del estómago con agua caliente, ó de enemas ó purgantes ligeros, puede plantearse la indicación de un ano artificial. El valor verdadero de este medio es aún discutible.

9.ª La incisión debe hacerse de preferencia en el sitio de la infección; puede combinarse con incisiones de desagüe más pequeñas. En la peritonitis apendicular, el autor incinde en el flanco derecho y á veces también en el izquierdo y en la línea media, rara vez en la vagina ó el recto y nunca en la región lumbar.

10. El tratamiento post operatorio desempeña un papel importante en el resultado definitivo: lavatorios del estómago, enemas, alimentación subcutánea, inyecciones hipodérmicas de dos á seis litros de suero artificial diarios y por espacio de varios días (con glucosa, aceite de ricino, etcétera).

11. El tratamiento quirúrgico de las peritonitis apendiculares y de las consecutivas á las perforaciones del estómago ó del intestino y á las estrangulaciones internas, dan resultados satisfactorios.

En los casos de peritonitis operatoria, sobre todo en los cancerosos y en los caquécticos, el resultado es, por el contrario, ilusorio.

El Dr. *A. Krogius* (de Helsingfords, ponente) se ocupó sólo del tratamiento de la peritonitis difusa, «es decir, de una peritonitis en vías de progresión, extendida ya á una parte más ó menos considerable de la cavidad peritoneal ó á todo el peritoneo y sin limitación alguna».

La peritonitis difusa es una afección exclusivamente quirúrgica, que sólo puede combatir de un modo eficaz el tratamiento operatorio. Pero conviene que el diagnóstico sea precoz, lo que puede hacerse en las primeras horas por los dolores intensos de vientre, la tensión parietal, la sensibilidad excesiva de la pared, la elevación de la temperatura rectal, á veces por la hiperleucocitosis, la aceleración del pulso, la facies, etc. Cuando se observan estos síntomas de principio brusco, que hacen sospechar una peritonitis incipiente, el médico debe confiar la responsabilidad del tratamiento á un cirujano.

El objeto de la operación debe ser, ante todo, evacuar la infección ó suprimir ó cerrar su foco. Para esto se hallan indicadas las incisiones extensas y múltiples. Los grandes lavatorios de la cavidad peritoneal sólo son útiles,

al parecer, cuando se trata de evacuar partículas sólidas ó substancias químicas irritantes. El mejor medio de desagüe es el taponamiento á la Mikulicz; en ocasiones puede obtenerse por un tubo vaginal colocado en el seno de Douglas ó por tubos de desagüe introducidos en las contra-aberturas lumbares.

Las inyecciones intravenosas de suero constituyen un medio excelente de tratamiento post operatorio aun en los casos de colapso. Si se presentan síntomas de meteorismo después de la operación, hay que practicar sin pérdida de tiempo un ano artificial en un asa distendida, de preferencia por el método de Witzel.

El pronóstico de la peritonitis generalizada es muy favorable cuando puede intervenirse en las primeras doce ó veinticuatro horas; después es más problemático.

El Dr. Krogius termina su informe exponiendo su estadística, que comprende 111 casos de peritonitis difusa operados desde 1901, con una mortalidad total de 46'8 por 100; 80 casos de peritonitis apendicular, con 50 por 100 de curaciones (de 13 casos de operación en las doce primeras horas, curaron 12); 15 casos de peritonitis por perforación de una úlcera gástrica, con 40 por 100 de curaciones; 16 casos de peritonitis de origen diverso, con 37'5 por 100 de curaciones.

El Dr. *K. G. Lennender* (de Upsala, ponente), colocándose en el terreno clínico, se ocupó en demostrar la importancia de un diagnóstico precoz, la gravedad variable de la peritonitis según sus diversas localizaciones, las indicaciones y la técnica operatoria.

Las conclusiones principales de este informe son las siguientes:

1.ª En el *tratamiento de la peritonitis aguda* debemos: *a*) descubrir un medio de diagnóstico precoz y en lo posible apropiado á las circunstancias; *b*) intervenir, á ser posible, antes de que sobrevenga la parálisis intestinal.

2.ª Al practicar cada operación, se procurará descubrir y suprimir la causa de la peritonitis aguda.

3.ª En la *parálisis intestinal* puede emplearse: *a*) la enterotomía (una ó varias), vaciando el intestino al practicarla; *b*) la tiflo y la enterostomía en forma de fístula oblícua; *c*) en los casos desesperados, la resección de 50 centímetros á 3 metros ó más de intestino paralizado.

4.ª En la *peritonitis apendicular*, con parálisis del ciego ó de la parte más inmediata del íleon, se formará una fistula oblícua del ciego ó se llevará la pared cecal á la herida del abdomen para poder, sin anestesia, practicar en ella una fístula oblícua siempre que la operación sea seguida de síntomas positivos de parálisis intestinal.

5.ª Los medios menos violentos de extraer el pus, sobre todo en las peritonitis supuradas recientes del centro del abdomen, es decir, alrededor del mesenterio, es el lavatorio con la disolución salina al 9 por 1.000 á 40°, á poca presión y con derrame completamente libre del líquido.

6.ª Las superficies peritoneales afectadas de inflamación aguda deben ser desaguadas. Esto es siempre fácil en la periferia del abdomen, donde puede excluirse á veces de la cavidad peritoneal sana toda la zona infectada. El Dr. Lennander cree que el taponamiento y desagüe con las mechas ordinarias de algodón (mechas de lámpara) rodeando á un tubo de desagüe

4.° Hay, por lo tanto, un *tratamiento no operatorio* para ciertas peritonitis de origen local, de tendencias localizadoras. Debe tener un triple objeto: inmovilización de todo el cuerpo y del intestino (decúbito dorsal, dieta absoluta, nada de purgantes ni de enemas, etc.), activar la leucocitosis y sostener las fuerzas y el *tonus* cardiovascular (inyecciones subcutáneas é intravenosas de suero).

5.° Si se decide intervenir, debe operarse con rapidez y lo antes posible, porque la proporción de curaciones está en relación con lo precoz de la intervención.

No es posible generalizar la elección de la técnica; sólo puede hacerse una vez que se ha abierto el abdomen. En general, es preferible el método «en seco», pero el lavatorio se conservará para las peritonitis extensas con derrame saniopurulento abundante, sin adherencias ni depósitos fibrinosos, cuando no es de temer que se difunda la infección. La incisión será regional, media ó lateral, según las localizaciones probables.

Una vez descubierta la causa local, se tratará según las circunstancias (extirpación del apéndice ó de la trompa, resección de un asa gangrenada, sutura de una perforación, desembocadura, etc.).

La reunión inmediata, después de la limpieza del peritoneo, puede ser útil en ciertos casos excepcionales. En general, conviene hacer el desagüe, pero no dejando sencillamente la cavidad abierta (en cuyo caso el intestino sobrenada cerca de la herida y el líquido se acumula detrás). Los tubos de desagüe que no funcionan más que á condición de ser agujereados, permeables y de ocupar una posición declive, dan una seguridad falsa. El taponamiento tiene el inconveniente de impedir á veces el desagüe. El mejor medio, es la combinación de tubos y hojas de gasa con reunión parcial de la herida y contra incisiones más ó menos numerosas. Las diversas posiciones post operatorias aconsejadas son de valor secundario.

6.° *Cuidados post operatorios.* Las deposiciones intestinales son importantes después de la operación: administración precoz de enemas oleosos, etcétera, inyección de atropina. La enterostomía seguida de la inyección de sulfato de sosa no produce resultado si es tardía; debe practicarse por encima de la obstrucción y ser siempre simple y rápida.

El tratamiento activo de la peritonitis no termina con la operación: el empleo de la disolución salina fisiológica por vía subcutánea, intravenosa, rectal ó intraperitoneal, previene la desnutrición post operatoria, mantiene la tensión sanguínea y la función de los emunctorios. El valor de las dosis elevadas (dos á cinco litros diarios) es innegable.

El Dr. *A. J. Mc Cosh* (de Nueva York, ponente) leyó un trabajo, del que copiamos las conclusiones:

1.ª No es posible aplicar el mismo tratamiento á todos los casos de peritonitis.

2.ª La mayor parte de los casos son tratados con ventaja por la intervención quirúrgica, pero ésta disminuye también á menudo las probabilidades de curación.

3.ª Es indudable que algunas peritonitis curan sin ser operadas.

4.ª Los factores principales de una operación eficaz son la rapidez, la sencillez y la supresión de la causa patógena.

5.ª La irrigación con un líquido salino está indicada casi siempre. Deben evitarse todos los irritantes químicos y mecánicos.

6.ª El desagüe es útil, pero los tubos deben ser lisos, no adherentes y de pequeño diámetro. El «tubo cigarro» (mecha de gasa esterilizada rodeada de tejido elástico) es el mejor.

7.ª La enterostomía no está, al parecer, indicada.

8.ª El taponamiento con gasa es perjudicial.

9.ª La posición de Fowler después de la operación es utilísima.

El Dr. E. de Isla y Bolómburu (de Madrid, ponente): El tratamiento de la peritonitis está subordinado á dos conceptos fundamentales: ó la infección peritoneal es un episodio de la infección general del organismo, ó la peritonitis, por el contrario, centraliza la infección. Dentro de estos dos extremos, el sentido clínico personal del práctico será el que puntualice los diversos matices morbosos que en el peritoneo pueden presentarse.

Codificar la terapéutica de las infecciones ó intoxicaciones que directa ó indirectamente, por modo limitado ó difuso, afectan al peritoneo, puede hacerse en abstracto, informándose en un criterio exclusivista quirúrgico ó médico. Esta dicotomía de apreciación existe y revela que no hay en medicina clínica respecto á la peritonitis todo el engranaje filosófico conveniente á los enfermos. Por eso los internistas acuden á la intervención del operador muchas veces tarde en esta enfermedad como en otras susceptibles de tratamiento quirúrgico, del mismo modo que no faltan operadores que con acometividad más ejecutiva que reflexiva se ocupan más de intervenir que de diagnosticar.

Por supuesto que hablar de internistas y cirujanos no es más que seguir usando hábitos de lenguaje, puesto que el principio de la unidad y la ley de solidaridad orgánica presiden siempre la adquisición de los elementos de nuestra ciencia, todavía en período constituyente, y el trabajo de la clínica.

Entiendo que la terapéutica de la peritonitis es condicional, unas veces médica y otras quirúrgica, y constantemente sometida al precepto esencial de que todos cuantos recursos sean empleados han de conspirar á producir la exaltación de las resistencias del peritoneo y á solicitar las defensas naturales del organismo.

Por eso quedará como indicación general en la peritonitis disminuir el peristaltismo intestinal y para ello el uso de la morfina, la atropina, la dieta absoluta, la aplicación tópica del hielo y la supresión de purgantes, principalmente salinos y oleosos.

El suero artificial en cantidades variables, sujetas á una delicada observación del enfermo, ha tomado también carta de ciudadanía en la terapéutica general de las infecciones y naturalmente en el tratamiento de la peritonitis, no sólo en cuanto favorece en el peritoneo actos diapedésicos, leucocitosis, fagocitosis, formaciones de alexinas de Buchner, citasas de Metchnikoff ó complementos de Ehrlich, sino también por su eficacia reconocida en la presión sanguínea amenazada de languidez creciente por debilidad del corazón en las peritonitis, expresión, como es sabido por los experimentos de Heineke relacionados con los de Romberg y Pässler, no de un reflejismo del trisplánico, sino de una intoxicación general á su vez de-

terminante de la parálisis vascular intestinal de origen central que alcanza á producir, en ocasiones, además del síncope cardíaco, el síncope respiratorio.

A la aplicación del suero me he permitido unir la inyección subcutánea de oxígeno. Comencé esta práctica en diciembre del año 1903, contra la septicemia puerperal, fundado en la teoría de atacar preferentemente la vitalidad del streptococus, germen infeccioso anaerobio con el oxígeno. He logrado, en 14 casos de peritonitis puerperal, apenas iniciada la fiebre y los primeros síntomas de la peritonitis, dominar la infección. El resultado curativo apareció entre los quince y veinte días de tratamiento.

Ha bastado, en general, inyectar en ambas regiones glúteas, en una 800 centímetros cúbicos de disolución de sal común al 7 por 1.000 y en la otra 800 cent. cúb. de suero oxigenado. Alguna vez he llegado á utilizar un litro de suero y 1.200 cent. cúb. de oxígeno en dos sesiones.

Inmediatamente después de una inyección de oxígeno se presentan los fenómenos siguientes: 1.°, insensibilidad de la piel en toda la extensión del enfisema que se forma; 2.°, ligero prurito que invita á rascarse en los puntos por donde el oxígeno va insinuándose; 3.°, aumento de la cantidad de orina y de la proporción de ácido úrico; 4.°, el corazón late con más fuerza y el pulso se vigoriza; 5.°, la respiración es más profunda y regular.

El alivio de los síntomas locales y la remisión febril se presentaron en la mayoría de las enfermas poco tiempo después de transcurridas las primeras cuarenta y ocho horas de la primera inyección de oxígeno y suero combinados.

Las enfermas asistidas de que se hace mención, ninguna de más de treinta y cinco años de edad, constituyen la estadística principiada en 13 de diciembre de 1903 y temporalmente finalizada en el mes de mayo del año corriente.

Nos anima á continuar las observaciones emprendidas el resultado adquirido, reforzado con la autoridad de los experimentos de Gärtner (de Viena), Mariani (de Gênes), Thiriar (de Bruxelles), Boscolo (de Noventa Padovana) y Küttner (de Tubinga), todos ellos demostrativos del valor terapéutico del oxígeno por sí, en agua oxigenada ó bien asociada á la disolución Ringer ó á la fórmula salina del 7 por 1.000 por nosotros empleada.

El gasómetro inyector de oxígeno ideado por el Dr. Pino (de Madrid), nos ha servido perfectamente. Es un aparato portátil y de gran sencillez; es de cobre estañado interiormente, que contiene el oxígeno á la presión de 4 kilográmetros y en cantidad de 8.000 centímetros cúbicos. Un manómetro señala con exactitud el oxígeno que pasa por un tubo de goma roja, á cuya extremidad hay una aguja de Pravaz enchufada. El Dr. Pino prepara el oxígeno, humedeciéndole con suero normal previamente, en un aparato fijo, á la presión de 14 atmósferas.

La significación del oxígeno como antídoto en los envenenamientos hemáticos me es conocida desde el año 1876, época en la cual utilizaba ya el aparato de Limousin para obtener rápidamente el gas y aplicarlo en los envenenamientos por el fósforo en inyección intravenosa. Este asunto precisamente inspiró mi Tesis de doctorado.

¿Hay peritonitis que pueden ser sometidas al tratamiento exclusivo de

los médicos? Seguramente. En primer lugar la peritonitis de tipo seroso, hemorrágico, fibrinoso, agudo ó crónico, de origen no bacteriano.

Anotaré varios hechos acaecidos en mi Clínica, de contusiones abdominales, rotura de quistes ováricos en que la peritonitis provocada se curó, aunque con adherencias, según certificaba la ovariotomía realizada tiempo después. Pero como ejemplo de peritonitis no infectiva insistiré por lo excepcional y demostrativo en el correspondiente á la enferma operada de *embarazo abdominal secundario* en abril de 1903 en el Hospital provincial. Fué extraído un feto muerto, de siete meses, separando antes los intestinos delgados, rojizos, aglutinados de la madre que envolvían la región glútea, parte que, con los muslos fetales, salía del saco constituído por la trompa de Fallopio derecha. La extirpación de este último fué laboriosa por su volumen crecido, y más que nada, por sus adherencias múltiples, fibrosas y extensas con las hojas muy engrosadas del peritoneo. La enferma refería que tres meses antes había sentido por la noche y de repente un dolor intensísimo, desgarrador, que la hizo perder el sentido, y que días después, durante más de veinte padeció muchísimo, con síntomas bien expresivos, según pudimos inferir del relato de la enferma, de peritonitis aguda determinada por el brusco derrame del líquido amniótico, la cual fué curada con los remedios usuales de la medicina. El éxito terapéutico de la intervención quirúrgica fué completo también.

Las peritonitis circunscritas á la pelvis complicadas ó no con salpingitis ó parametritis, son soportadas por numerosas enfermas y muy frecuentemente se ven desaparecer los empastamientos sintomáticos con las irrigaciones vaginales continuadas muy calientes, auxiliadas por el reposo y la compresión local. Mi Clínica de Ginecología suministra abundante material confirmativo para sentar lógicamente como discutible que la aplicación sistemática de la cirugía que mutila y no siempre es inocente aventajar á la terapéutica conservadora médica. Los procesos peritoneales consiguientes á la apendicitis son susceptibles á su vez, de curación sostenida cuando se localizan y no supuran, notándose en la actualidad, si no me equivoco, visible reacción contra la doctrina de estos últimos años en que la operación se juzgaba en todos momentos inexcusable.

Sin embargo de que la peritonitis química, no bacteriana, es de la jurisdicción médica, mi primera laparotomía recayó en un enfermo que después de un cólico intestinal por comer arenques, tuvo una peritonitis difusa durante un mes, comprometiendo su vida en tales términos, que acudimos al bisturí como último recurso. El enfermo fué operado el 2 de noviembre del año 1889 y positivamente debió á la cirugía su salvación. Este caso, único en mi práctica, me aleccionó para no ser exclusivista y tener siempre en cuenta que la indicación abstracta puede ser modificada por las circunstancias personales del enfermo.

El tratamiento quirúrgico de la peritonitis es aceptado por la mayoría de los cirujanos en los casos de infección del peritoneo con exudados purulentos, sea sólo un microbio el que los produce como en la tuberculosis, la peritonitis puerperal, la gonocócica, la pneumocócica ó la actinomicósica, sean varios como en las infecciosas mixtas que generalmente se presentan en las perforaciones viscerales.

Ubi pus ibi evacua; es clásico como lo son también los cuatro postulados fundamentales de la terapéutica quirúrgica: *Quarœ-Ubi-Quomodo-Quando*, á los cuales se somete lo mismo el humilde práctico rural desamparado del consejo de un compañero experimentado y con deficiente arsenal quirúrgico, que el cirujano de hospital provisto de toda clase de auxiliares y con lujoso instrumental.

Además de las peritonitis con derrame purulento, para cuyo diagnóstico procede auxiliarse con el examen de la sangre, hay otra forma de lesión peritoneal que exige perentoriamente la acción quirúrgica: la peritonitis crónica en la parte lateral izquierda del abdomen con las variedades descritas por Riedel, Gersuny y Carlson. El hecho clínico que me es personal se relaciona con una señora que operé hace cuatro años y que sufría algunos meses antes dolores intensos paroxísticos en el vientre, en el que se revelaba el colon descendente del tamaño y forma de una cabeza fetal como si fuera por la lisura de su superficie un quiste ovárico; una brida fibrosa que acodaba la S ilíaca y el colon descendente, era la responsable de las grandes molestias de la enferma que marcaba el principio de su mal después de una infección puerperal con localización en la parte izquierda de su vientre.

¿Qué decir de las sepsis peritoneales pútridas? La medicina nada puede contra ellas, sobre todo en aquellos casos que se pueden caracterizar de fulminantes porque duran algunas horas. Recuerdo algunos por mí observados y asistidos en la Casa de Maternidad de Madrid en el año 1880. La cirugía, afirma Nothnagel, es también ineficaz. A pesar del valor negativo de la terapéutica, como he notado en mis operados por peritonitis efectos tan sorprendentes con la inyección de suero caliente á 50° centígrados en la cavidad abdominal, no vacilo en declarar que si en mi Clínica se presentan ejemplos por fortuna escasos, modernamente de esos procesos infecciosos del peritoneo tan rápidamente mortales en que la intoxicación del organismo entero domina el cuadro morboso, acudiré desde el primer momento al tratamiento quirúrgico complementado con la aplicación intravenosa del suero y del oxígeno.

Redimir la cavidad del peritoneo de la contaminación de los productos en ella vertidos, destruyendo los puntos de salida existentes en los órganos abdominales, producidos por causas traumáticas ó en el decurso de sus especiales enfermedades y vaciar dichos productos infecciosos despertando la autonomía funcional del peritoneo, éste es el objetivo de la cirugía.

¿Cómo se consigue tal propósito? Aquí está la discrepancia de los operadores. No hay más punto de conformidad, aun cuando varía el sitio de la incisión, que en la laparotomía.

Lavar, desaguar ó lo contrario. Taponar simplemente con gasa esterilizada ó iodoformada ó no taponar. Evisceración. Nada de evisceración. Enterostomía y hasta gastrostomía. Posición supina, Küster. Posición Trendelemburg. Posición de Fowler. Contraincisiones numerosas para amplificar los desagües.

Todos estos procedimientos de técnica cuentan con estadística seria y son dignos de respeto y su variedad se explica á mi juicio por los distintos modos de ser clínicos que la peritonitis tiene. Su valoración es circunstancial.

La finalidad terapéutica del tratamiento de la peritonitis, según el criterio de los médicos ó el de los cirujanos, debe ser favorecer y utilizar las condiciones de resistencia del peritoneo y estimular las naturales y conocidas defensas del organismo contra las infecciones y las intoxicaciones.

El Dr. *Sargent* (de Londres), ha examinado desde el punto de vista bacteriológico, 270 casos de peritonitis; en la mayor parte de ellos el microbio predominante era el estafilococo. No es partidario del lavatorio peritoneal.

El Dr. *Dahlgren* (de Nyosala), aconseja el tratamiento intestinal después de la enterostomía provisional, por medio de un aparato especial en los casos de paresia del intestino pre ó post operatoria.

El Dr. *Sonnenburg* (de Berlín), dijo que cuanto más precoz es la intervención más favorable es el pronóstico.

El Dr. *Rouffard* (de Bruselas), está convencido de los beneficios de la corriente continua de oxígeno.

El Dr. *Van Engelen* (de Bruselas), es partidario del suero artificial administrado á dosis elevadas; reconoce en el suero anti-estreptocócico un gran valor curativo en las complicaciones post-operatorias y una acción profiláctica en las intervenciones sobre el peritoneo.

El Dr. *Zawadski* (de Varsovia), recomienda las inyecciones intraperitoneales de ácido mielínico.

El Dr. *Ullmann* es partidario del desagüe por el seno de Douglas en las peritonitis apendiculares.

(*Presse médicale y Bulletin médical*). — F. Toledo.

PERIÓDICOS

El permanganato de potasa como hemostático. — Para combatir las hemorragias, abundantes á veces, que sobrevienen en las pequeñas operaciones, y en las que no puede recurrirse á la ligadura, la torsión ó la compresión, se ha recurrido al alumbre, el tanino, la yesca, el pengawar djambi, etc. Estas preparaciones tienen inconvenientes y su acción hemostática es á veces débil. Ultimamente se han recomendado los extractos de cápsulas suprarrenales que tienen la desventaja de ser muy caras.

El Dr. Hans Vœrner emplea en estos casos el permanganato de potasa en disolución, en polvo ó en pasta. Para obtener un polvo fino se mezclan dos partes de permanganato con una de talco, se moja la masa, se seca y se pulveriza de nuevo. La pasta se prepara agregando este polvo á ungüento de parafina.

Para contener la hemorragia se limpia primero la sangre con tapones de algodón y se aplica después el permanganato. En las hemorragias ligeras se contiene en seguida la pérdida de sangre. Para prevenir el dolor se aplica antes una disolución de cocaína. Las manchas que quedan se cubren

con un emplasto de zinc. No hay temor de que se infecte la herida á causa de la acción antiséptica enérgica del permanganato.

El Dr. Vœrner ha empleado este medio en las extirpaciones de verrugas, de vegetaciones, de papilomas, de nævi y de otros tumorcillos de la piel; prefiere hacer varias pequeñas operaciones consecutivas, porque así la hemorragia es menor. La hemorragia es casi siempre en forma de exhalación, pero el procedimiento se aplica también á los vasillos que dan sangre, por ejemplo, cuando se secciona el frenillo del prepucio. Para las hemorragias de la mucosa es preferible la pasta y para las epistaxis la disolución concentrada de permanganato.

(*Rev. de Thér. Medico-Chirurgicale*, 15 octubre 1905).—F. Toledo.

Nuevo procedimiento de coloración del gonococo. — Consiste, según el doctor Leszcynske, en extender el pus blenorrágico sobre el porta objetos, y después de fijarle de la manera ordinaria se le trata durante un minuto con la preparación siguiente:

Disolución acuosa saturada de tionina.....	10	cent. cúb
Agua destilada.....	88	—
Acido fénico líquido.....	2	—

Se lava con agua y luego se le trata por espacio de un minuto con el siguiente líquido:

Disolución acuosa saturada de ácido pícrico....	aa	50 cént. cúb.
— de potasa al 1 por 1000.....		

Se sumerge el porta objetos, sin lavarle, en alcohol rectificado, y á los cinco segundos se le lava con agua, se seca y se monta la preparación.

El protoplasma de los leucocitos se tiñen de amarillo y sus núcleos de color rojo violáceo, las células epiteliales de amarillo claro y los gonococos de negro.—(*Pharmaceutische centralblatt*). — R. del Valle.

Tratamiento de la fisura de ano infantil.—El Dr. Marfan recomienda antes de recurrir á la dilatación forzada del ano ensayar uno de los preparados siguientes:

Petróleo.....	30 gramos.
Extracto de belladona.....	5 decígramos
— de ratania.....	2 gramos.

ó

Petróleo.....	30 gramos.
Acido tánico.....	15 decígramos.
Calomelanos.....	30 centígramos.

Para uso tópico sobre el recto.

(*Nouveaux Remèdes*, 8 agosto 1905). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

APLICACIÓN DEL CLORURO DE ETILO PARA LA CURACIÓN DEL ZONA

POR EL

DR. A. VERGELY

Doctor de la Facultad de Medicina de París.

Una joven de veintiséis años, modista, que gozó siempre de buena salud, vió aparecer el 19 de mayo de 1905, en la parte izquierda de su tronco, una erupción formada de elementos pequeños, sintiendo al propio tiempo en los mismos puntos rigidez, dolor y, sobre todo, escozor.

La reconocí por primera vez el 23 de mayo. Tenía entonces en la parte posterior del lado derecho del tronco, desde la línea escapular externa hasta la espina dorsal, cuatro grupos de elementos, la mayor parte de ellos vesiculosos. Cada grupo tenía próximamente el tamaño de la palma de la mano. Sentía una molestia, un escozor constante, y las vesículas eran dolorosas al tacto. El diagnóstico de zona era evidente.

La receté por entonces fomentos de algodón empapado con alcohol y cubierto con hule, preconizados por Helmer, y que me habían dado un buen resultado en un caso anterior.

Pero en el caso presente el resultado fué negativo, pues dos días después, el 25 de mayo, las vesículas existentes continuaban su evolución con tendencia á hacerse confluentes, y un nuevo grupo apareció en la pared torácica de la región axilar izquierda. La enferma decía que tenía el hombro de madera, y esa sensación dolorosa la estorbaba mucho para trabajar. El día siguiente, 26 de mayo, un sexto grupo apareció adelante, en la mama izquierda. El dolor no

cedía, á pesar de seguir la enferma los fomentos de alcohol, bastante mal puestos en realidad.

Entonces, fundándome en que el zona se cree debido á una neuritis de origen cortical, y en que punciones lumbares con evacuación de unos 20 centímetros cúbicos de líquido cefalorraquidiano han podido en varios casos aliviar el dolor y curar el zona (J. Abadie), pensé que una revulsión sobre la columna vertebral podía producir buenos efectos, y como la mejor revulsión para dolores neuríticos es el cloruro de etilo, apliqué el chorro refrigerante en la espina dorsal, en una extensión correspondiente á las ocho primeras dorsales, esperando un alivio inmediato y momentáneo; pero el resultado sobrepasó con mucho mi esperanza, pues no sólo desapareció al instante todo dolor y toda sensación disestésica, sino que también empezó el zona á curarse; las vesículas ya formadas se secaron, se hicieron costrosas al día siguiente y los grupos últimamente apercibidos abortaron, secándose las pocas vesículas miliares ya formadas y desapareciendo los puntos rojos principiantes sin llegar al estado vesiculoso.

El décimo día después de la aplicación del cloruro de etilo habían caído todas las costras y no quedaba huella ninguna de la erupción. Aunque la prueba sea única, el resultado ha sido tan claro y tan inmediato, que me ha parecido útil publicarlo, no para entregarlo á la terapéutica como remedio definitivo del zona, pues dudo que pueda curar con tanta facilidad los zonas tan rebeldes de los ancianos, y tampoco creo que sería de fácil aplicación en el zona oftálmico; pero su absoluta inocuidad y su sencillez permitirán, sin embargo, ensayarlo en todos los casos. Para obtener un resultado, lo mismo que en los dolores neuríticos, no basta enfriar la piel, pero hace falta producir en su superficie una verdadera congelación.

LOS CONSULTORIOS DE NIÑOS DE PECHO

(GOTAS DE LECHE)

SU ORIGEN É IMPORTANCIA — NECESIDAD DE SU PROPAGACIÓN EN ESPAÑA

Conferencias dadas en el Ateneo de Madrid los días 16, 23 y 30 de Abril de 1905

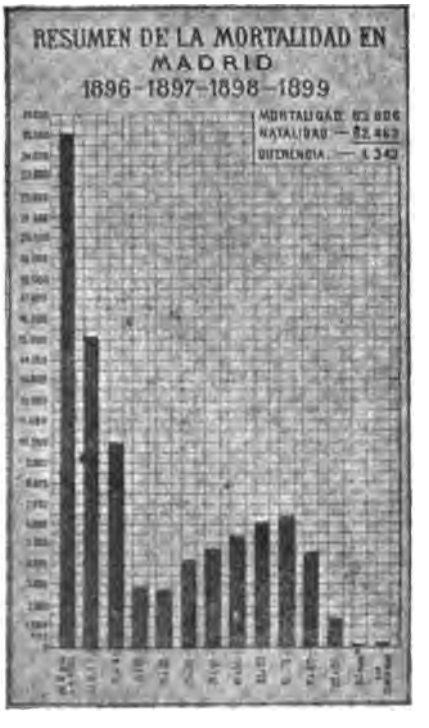
POR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

Fundador del Primer Consultorio de niños de pecho, en Madrid.

(Continuación).

Vamos ahora á concretar más la parte relativa á la mortalidad de niños, y circunscribiéndome á Madrid, váis á ver la explicación clara de cuanto os dijeron los cuadros de las páginas 209 y 211, esto es, que en cuanto á mortalidad, España ocupa un lugar muy desfavorable, y la de *Madrid* superaba á la de todas las capitales de Europa.



El cuadro siguiente está tomado también del *Informe acerca de la mortalidad infanlil*, que presenté en 6 de marzo de 1903, á la Junta Municipal de Madrid, siendo Vocal de la misma.

Las columnas representan, cual si estuviesen apilados los cadáveres, el número de defunciones ocurridas en esos años de 1896 á 1899, que fué de 63.806; como no hubo más que 62.463 nacimientos, Madrid sufrió una baja de 1.343 habitantes.

La segunda columna representa los niños fallecidos de 0 á 1 año.

La tercera de 1 á 4.

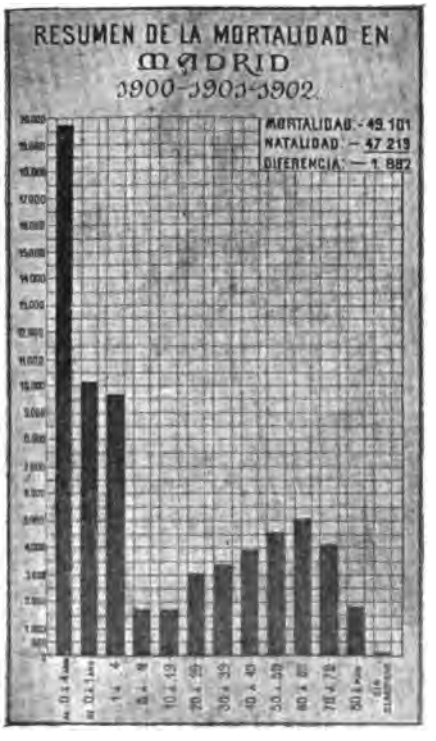
La primera columna es la suma de los fallecidos de 0 día á 4 años,

es decir, que, como véis, en los primeros cuatro años mueren muchísimos más individuos que en las diferentes edades de la vida.

Ahora veréis que no es éste un hecho que ocurre sólo á veces, como casual, no, sino que sucede siempre y en todos los países.

La mortalidad de niños es superior en todas las naciones á la de las demás edades.

Aquí tenéis este otro cuadro, que comprende los años 1900 á 1902.



Como véis, en estos años sucede lo que en los anteriores; la mortalidad de niños de 0 á 1 año y de 1 á 4, es muchísimo mayor que en las demás edades, y sumadas las dos primeras, las de 0 á 4 años, véis la columna primera cómo sube á más de 19.500, en tanto que de 60 á 69, período en que fallecen más adultos, no mueren más que 5.099; ¡qué diferencia más notable!

Estos años, 1900 á 1902, no han podido ser sumados con los anteriores, porque desde 1900 se sigue una clasificación por edades distinta á la que se venía siguiendo en la estadística de nuestro Ayuntamiento. Ahora se hace con arreglo á la clasificación de Bertillon, de París, que es la adoptada por casi todas las naciones, y de este modo se podrán hacer estudios comparativos en todas las edades, cosa que antes era imposible, porque cada país hacía estas estadísticas á su capricho, por series, en las que se agrupaban edades diferentes.

Creo que después de cuanto llevo expuesto, os daréis cuenta más clara del mezquino desarrollo de la población española, como tuvísteis ocasión de ver en el cuadro primero que os presenté, y del

por qué es tan angustiosa la situación de nuestra agricultura, una de las más poderosas fuentes de ingreso en todas las naciones.

¿Cómo no ha de serlo, señores, si España es una de las naciones que menos terrenos tiene cultivados, según váis á ver ahora?

Población agrícola de varias naciones.

Francia	53 por 100
Alemania	51 —
Austria	50 —
Italia	38 —
ESPAÑA	**26** —

Véis que España ocupa el último lugar con su población agrícola.

Este, y el siguiente cuadro, están tomados de un interesante artículo, escrito por el ilustrado publicista D. Baldomero Argente.

Proporción de terrenos incultos.

Austria	6 por 100 del área laborable.
Alemania	9 — — —
Bélgica	9 — — —
Francia	9 — — —
Hungría	10 — — —
Irlanda	13 — — —
Italia	19 — — —
Holanda	23 — — —
Gran Bretaña	28 — — —
ESPAÑA	**46** — — —

También aquí figuramos en lugar muy desventajoso, pues véis la diferencia que existe entre Austria, Alemania, Bélgica, Francia, etcétera, etc., y España.

Por lo tanto, señores, es absolutamente indispensable que todos, sociólogos, higienistas, Gobiernos y la sociedad en general, ya por amor á la patria querida, ya por egoísmo personal, se preocupen en tan vitalísimos problemas, y todos de consuno procuremos, cada cual en la medida de sus fuerzas ó de sus atribuciones, tratar de po-

ner remedio á tan grave mal, y no demos nueva ocasión á decir lo que el ilustre Canalejas en su ya citado discurso:

«Las informaciones de los periódicos no han despertado, triste es decirlo, aquella indignación que debería encender las almas contra una obra de seleccionismo pasivo, merecedora de severos castigos. Por amor á la patria, porque al corazón más empedernido conmueven los lamentos de la infancia, no puedo explicarme el abandono en que la dejan, entregándola á la muerte, ciertas Corporaciones con su apatía, y con su indisculpable lenidad los poderes públicos».

***

Ahora os voy á dar, señores, tal vez abusando de vuestra paciencia, una demostración mucho más elocuente aún de lo cierto que es cuanto antes os dije.

Vosotros sabéis bien que uno de los mayores azotes, de las más terribles plagas que diezman á la humanidad, es esa cruel é implacable dolencia, cuyo solo nombre nos hace á todos temblar, la *tuberculosis*, y contra la cual se ha levantado en todas partes una hermosa y humanitaria cruzada, iniciada en España, como ya manifesté, por mi querido amigo el Dr. Espina, creando la *Liga nacional contra la tuberculosis*, á cuya cabeza se ha puesto como Presidente nuestro joven y simpático Monarca, y que ya, por fortuna, ha encontrado entusiastas apóstoles en todas las demás provincias. Pues bien, váis á ver ahora cómo queda tan terrible enfermedad comparada con la mortalidad de niños de 0 á 1 año, y cómo el problema de la mortalidad infantil reclama también otra campaña no menos ardorosa, y exige de parte de todos honda meditación, verdadero propósito de remediarla, grandes esfuerzos y aun sacrificios, para combatirla.

Mortalidad comparada de 0 días á 1 año y de tisis pulmonar en capitales que tienen *mayor* población que Madrid : 1898 á 1902 (1).

	POBLACIÓN EN 1902	TUBERCULOSIS PULMONAR	DE 0 Á 1 AÑO
Londres	4.579.107	39.796	103.844
New York	3.632.501	42.432	87.188
París	2.511.629	**50.849**	**33.238**
Berlín	1.959.836	25.747	51.590
Viena	1.709.211	29.721	47.985
Filadelfia	1.293.697	16.604	27.473
San Petersburgo	1.248.643	19.782	55.191
Moscow	1.023.817	16.084	61.709
Buda-Pest	751.177	12.379	18.374
Varsovia	736.625	7.535	22.618
Hamburgo	724.835	6.678	18.674
Bruselas	562.893	4.067	10.881
Madrid	528.984	6.556	18.115

Este cuadro comprende capitales que tienen mayor población que Madrid. Si os fijáis bien, veréis que solo París acusa, á la inversa de las otras capitales, una mortalidad de niños inferior á la de tuberculosis.

¿Será esto debido á que, por circunstancias que no son ahora pertinentes señalar, aumenta en París la tuberculosis, ó por el contrario, es porque, merced á la ardorosa campaña higiénica en favor del niño, entre los que figuran el establecimiento de más de 30 *Consultorios de niños de pecho*, disminuye de modo extraordinario la mortalidad infantil, como tendré ocasión de demostrároslo? No lo sé, pero yo me inclino mucho á creer sea debido á esto último.

(1) Original del autor.

Mortalidad comparada de niños de 0 días á 1 año y de tisis pulmonar en capitales que tienen *menor* población que Madrid: 1898 á 1902 (1).

	POBLACIÓN EN 1902	TUBERCULOSIS PULMONAR	DE 0 Á 1 AÑO
Baltimore	525.000	5.177	14.379
Munich	506.000	7.021	22.967
Leipzig	478.906	4.570	17.194
Odessa	442.000	5.410	15.533
Breslau	436.611	7.397	16.035
Praga	413.756	7.155	9.625
Dresde	409.725	4.566	12.537
Cologne	382.000	3.767	17.169
Dublin	379.003	6.310	9.185
Copenhague	378.235	3.081	9.032
Franfork (Mein)	302.731	3.317	6.217
Stokolmo	301.050	3.597	5.218
Christiania	224.909	2.856	4.866

Este cuadro representa varias capitales que tienen menos población que Madrid, y se observa el mismo fenómeno: en todas partes la mortalidad de niños *menores de un año* es *superior*, en mucho, á la de tuberculosis.

Os dije antes, señores, que la *diarrea* era la más mortífera de todas las enfermedades, y ahora veréis que, cuando menos en España, podéis afirmarlo, y yo os aseguro que, por desgracia, es también cierto en las demás naciones.

Por lo que hace relación á nuestra patria, aquí tenéis este cuadro:

(1) Original del autor.

Mortalidad comparada de diarrea y tuberculosis en España durante los años 1900, 1901 y 1902.

	TUBERCULOSIS	DIARREA
1900	36.664	75.080
1901	36.142	70.757
1902	34.898	69.836
	107.704	215.673

¡La *diarrea!* Esta funestísima dolencia es la más culpable de que el coeficiente de mortalidad de las naciones sea, durante el verano, mayor en niños que en adultos.

Oid lo que dice el *Boletín de Estadística demográfica* de nuestro Ayuntamiento en el resumen del año 1903, al tratar de la *diarrea:* «Son 931 los menores de dos años fallecidos de *diarrea*, y como los nacidos vivos en Madrid durante los años 1902 y 1903 fueron 32.048, resultan 29'05 por cada 1.000 párvulos de la citada edad.

La cifra es tan abrumadora, que todo comentario huelga, y únicamente se impone la recomendación al pueblo de que atienda con más solicitud los consejos de la ciencia y abandone los prejuicios y costumbres erróneas, de los que se hace ligera indicación anteriormente».

Fijáos en este otro cuadro, que será el último que os presente esta noche:

1904. — Mortalidad infantil. — Hasta 2 años.

ENFERMEDADES	Menores de 1 año.	De 1 á 2 años.	TOTAL
Viruela	92	51	143
Sarampión	46	72	118
Escarlatina	5	5	10
Coqueluche	27	15	42
Difteria	7	24	31
Erisipela	11	»	11
Tuberculosis pulmonar	18	24	42
Tuberculosis meníngea	48	40	88
Otras tuberculosis	28	62	90
Sífilis	48	3	51
Meningitis simple	360	263	623
Eclampsia	207	54	261
Bronquitis aguda	546	213	759
Bronquitis crónica	12	6	18
Broncopneumonía	78	79	157
Pneumonía	9	14	23
Congestión pulmonar	10	1	11
Diarrea y enteritis	831	189	1020
Ictericia grave	2	»	2
Vicios de conformación	158	3	161
Debilidad congénita	78	»	78
Muertes violentas	5	3	8
Otras causas	293	167	460
Sin clasificación	16	9	25
TOTAL	2935	1297	4232

Esta es la estadística de mortalidad, en Madrid, de niños de 0 días á 2 años.

Véis que, de todas las enfermedades, la que mayor número de niños os ha arrebatado, ha sido la *diarrea;* y tened en cuenta que la cifra es muchísimo mayor, porque entre los que han sido incluídos en los grupos de convulsiones y meningitis, hay no pocos que padecían de diarrea, y los ataques de meningitis y de convulsiones fueron consecutivos al padecimiento de diarrea, sólo que al hacer las declaraciones en los *Registros de defunciones* los padres sólo declaran lo que, según ellos, fué la causa final, *el ataque*, la meningitis.

Ahora bien, señoras y señores. ¡Pensad un poco lo que os dicen las cifras que he puesto ante vuestros ojos! ¡Calculad los raudales de lágrimas que habrán hecho derramar!

¡Qué de sobresaltos! ¡Cuántas amarguras! ¡Qué de acerbos dolores y cuántas ilusiones perdidas no llevan consigo aparejados esos elocuentes y aterradores números.....!

Yo os aseguro que han producido en mí, preocupación grandísima; y cuando en mi hogar, rodeado de mi esposa y de mis ocho hijos, me sonreía la dicha de verlos sanos y robustos, he pensado mucho ante el recuerdo de tantas pobres madres que, afligidas, lloraban la pérdida de sus hijos, á los cuales hubieran salvado con sólo poseer ligeras nociones de higiene infantil. Esa pena y ese dolor que en mi alma despertara la pena y el dolor de otros, hizo que yo, á pesar de que por razón de mis ocupaciones estoy siempre recargado de trabajo, pensara en emprender esta campaña en favor de la infancia, y restando unas veces horas al descanso y otras al sueño, haya puesto mi escasa inteligencia y pocos conocimientos al servicio de una causa tan útil, tan hermosa como ésta, y haya tenido hasta el valor, por no decir osadía, de sentarme en este sitio tantas veces honrado por verdaderas lumbreras, considerando este acto mío como un gran sacrificio; y si á ello me decidí, fué porque el apóstol debe estar siempre dispuesto hasta el martirio, si preciso fuere, y al emprender yo el apostolado en favor de la infancia, debía hallarme resignado á todo.

No toméis, yo os lo ruego, mi presencia en este sitio á miras de exhibición ó á impulsos de vanidad; vine á él por complacer al señor Moret, quien creyó que podía prestaros un servicio y yo gustosísimo he querido cumplirlo, sin parar mientes en mis condiciones personales, movido sólo por la mejor de las intenciones.

Lo vasto del tema, de una parte, y, de otra, mi inexperiencia en esta clase de lides, ha hecho que no pueda en esta noche deciros cuanto me había propuesto acerca de los *Consultorios de niños de pecho*; así es que en la próxima Conferencia os daré á conocer qué son estos *Consultorios*, dónde tuvieron origen y cómo se han propagado por Europa, si me honráis con vuestra asistencia y sois tan amables y complacientes como lo habéis sido esta tarde, en que me dejáis muy obligado á profunda gratitud por vuestra atención y benevolencia.

(Continuará).

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Tracoma: socorros ambulatorios. — II. Las elecciones y las enfermedades profesionales (*lacadores* de madera). — III. Limitación en América de la inmigración europea morbosa. — IV. Procedimiento de la cerilla para vaciar los tubos de vacuna.— V. Envenenamiento con la tinta violeta.—VI. Acción morbosa del eucalipto.—VII. Respiración artificial: crítica de algunos procedimientos. — VIII. La luz y el desarrollo del huevo de gallina. — IX. Inmunización activa contra el cólera y fiebre tifoidea. — X. Acciones tóxicas del alcohol metílico (bebedores y obreros).

I. En varias partes, en Sicilia sobre todo, se hace una campaña activísima contra el tracoma. Uno de los medios es el *ambulatorio* especial de Girgenti, que cuenta con el Dr. Alajmo como propagandista infatigable. El principal objeto es evitar el contacto de los tracomatosos con los demás enfermos de afecciones oculares, oponiéndose así á focos consecutivos que no dejan acabar con el contagio, enfermos más predispuestos que los demás, y en cuya inoculación intervienen con frecuencia los objetos de cura.

Con esta idea fundamental van unidos: el tratamiento *gratuito* de todos los tracomatosos, ricos y pobres, y la persistencia en atender á un padecimiento que tiene como característica, aparte del contagio, la persistente duración. (*Gaz. sicil. di Med. e Chir.*, 1905).

II. La supresión de las enfermedades profesionales es una reforma social urgente y necesaria; además es muy sencilla de realizar. Los electores se van preocupando de ello; en las últimas elecciones municipales de Francia, por ejemplo, los programas de los candidatos y las aspiraciones de los votantes, coincidieron en este punto. El sindicato de los pintores de casas cubrió los muros de París de proclamas y de efigies representativas de las lesiones saturninas. Como el hecho es demasiado notorio, estos pintores y otros análogos llaman la atención; pero hay otros que corren igual riesgo, los doradores con laca, cuya industria, tan peligrosa como la de pintar, como artículo de lujo no merece contemplación alguna. En pro de estos obreros escribe J. Noir — (*Les victimes négligées du saturnisme: Les doreurs laqueurs.* — (*Le Progrès médical*, 1905).

Estos trabajadores *lacan* en madera con albayalde diluido en

esencia, procedimiento que debe ser desde luego reemplazado con otro. No está el peligro en la aplicación del albayalde, sino en el trabajo minucioso á que debe entregarse el obrero, una vez puesta la primera capa, trabajo de punción que levanta un polvo finísimo. Como sobre la madera *lacada* se aplica luego por algunos trabajadores ligeras hojas de oro, los patronos impiden la ventilación de los talleres para que la corriente no arrastre las laminitas y pierdan algo del metal. No es de extrañar que haya muchos hechos de saturnismo crónico hijos de esta industria, y Noir cita algún ejemplo de gran valía, en que se ve la nefasta influencia ejercida en el individuo y en la familia.

Los consejos higiénicos son fáciles de redactar, pero lo más necesario sería acabar con esa nociva industria, haciendo sufrir al mobiliario de lujo una transformación radical.

III. América no quiere desechos de Europa; al rigorismo de los Estados Unidos en este concepto ha seguido el de la República de Panamá. Su ley de emigración (1.° de junio de 1904), dice en el artículo 5 °:

«Queda prohibida la inmigración de locos, maníacos peligrosos, idiotas, mendigos de profesión, anarquistas, criminales, individuos de mala conducta, tuberculosos, leprosos, epilépticos, y, en general, de todos los extranjeros afectos de una enfermedad repugnante ó contagiosa. Los médicos sanitarios en los puertos de llegada, examinarán detenidamente á los extranjeros que tengan intención de establecerse en el país. (*Revue scientifique*, 1905).

IV. Para vaciar los tubos de vacuna, empresa no siempre fácil por la capilaridad del tubo y la consistencia de la pulpa glicerinada, se recurre generalmente á soplar por un extremo, una vez rotos los dos; pero este procedimiento puede impurificar la vacuna y ser en ciertos casos motivo de graves inoculaciones.

Barlerin, de París (*Clinique infantile*, 1905), teniendo en cuenta que queda de ordinario en los dos extremos del tubo una columna de aire y contando con que el vidrio es mal conductor del calor, y que por lo mismo no se alterará la vacuna, rompe un solo extremo y aplica al otro la llama de una lámpara de alcohol; calentándose el aire, se dilata y empuja la vacuna que de este modo sale. De no haber lámpara de alcohol puede utilizarse una cerilla, y de aquí el nombre que da á su procedimiento: *procedimiento de la cerilla.*

V. Una niña de dieciséis meses, sana hasta entonces en todos conceptos, por descuido de la vigilante traga una muy pequeña cantidad

de tinta violeta. Algunos minutos después intenta la criada producir el vómito, pero no lo consigue; dos horas más tarde la madre provoca varios vómitos, saliendo grumos de leche *sin teñir* y unas cuantas arenillas de color violeta. A las cinco horas de haber ingerido la tinta, graves fenómenos de intoxicación: palidez súbita, temblor, vómitos de substancias líquidas ligeramente violeta; después gran fatiga, abatimiento y posición en la cama en *chien de fusil*, diarrea abundantísima sin color con grumos riciformes (como la del cólera), y de gran fetidez; temperatura á 39° y más. Pasados con dificultad los fenómenos agudos, quedó en estado de irritabilidad nerviosa sumamente intensa, que alguna vez puso en peligro la vida (espasmo de la glotis).

Analizada la tinta se vió que la base era la anilina. Esta bastó para determinar un cuadro tan grave, á pesar de ser escasa la cantidad ingerida: 1 cent. cúb.

Son de notar en este caso la precipitación de la tinta por el jugo gástrico y la extraordinaria fetidez de las deposiciones. (*Ann. de Méd. et Chir. infant.*, 1905).

VI. El uso habitual del eucalipto como medio de saneamiento, va revelando algunos hechos patológicos por él causados. Un periódico alemán refiere dos casos de dermitis observados por Galewsky, provocados por contactos frecuentes con las hojas de este árbol, diseminadas en una habitación con fin higiénico. Ha visto, además, otros cuatro casos de igual dermatosis determinados por las fricciones de aceite de eucalipto.

Se caracteriza la lesión por pequeñas pápulas muy pruriginosas, que ceden pronto al tratamiento oportuno.

En otra enferma ha notado, durante el mes de enero, chapas de urticaria de tamaño variable con otras de eritema, muy pruriginosas, que duraban ya largo tiempo y que residían en las regiones descubiertas, nuca y mamas. La erupción calmaba cuando la enferma salía de viaje y se repetía al regresar. Esta señora adornaba su habitación con ramas de eucalipto. La criada se frotó un día los piés con hojas del mismo cuarto y á la media hora sufría la erupción. Así se vino en conocimiento de la causa productora. En la señora la curación fué lenta, y en la criada, más robusta y más resistente, rápida.

VII. Schäfer ha estudiado los procedimientos de respiración artificial. (*Brit. med. Journal*).

El de Marshall Hall (posición prona y lateral alternadas), difícil

cuando se trata de individuos muy pesados, proporciona en cada inspiración 254 cm³ (3.300 en un minuto), mientras que en la inspiración normal entran 450 cm³ (5.850 en un minuto). Es, pues, insuficiente.

El de Sylvester sólo da ingreso á 178 cm³ por inspiración (2.280 por minuto), y es, por tanto, todavía de un rendimiento menos abundoso.

La presión torácica de Howard (en decúbito supino) permite la entrada de 295 cm³ (4.020 por minuto); en decúbito prono produce 520 cm³ (6.700 por minuto), ó sea más que en estado normal. Este último es el que propone Schäfer, no sólo por la mayor cantidad de aire, sino porque el mejor excitante de la respiración es el vaciamiento completo de los pulmones (Hering, Breuer, Head), y esto ocurre cuando la expiración es activa y la inspiración pasiva.

Con el método Howard-Schäfer se logra este último objeto, se evita la caída de la lengua hacia atrás y se facilita la expulsión del agua en los ahogados y de las mucosidades, inconvenientes que presenta el de Sylvester, y se evita también otros accidentes, como la posibilidad de la rotura del hígado, peligro del procedimiento de Howard en decúbito supino. Sin duda este último riesgo se puede obviar casi por modo seguro colocando un rollo bajo el enfermo puesto en decúbito prono.

VIII. Como asunto de higiene comparada transcribo las conclusiones de un interesante y minucioso trabajo que ha hecho G. Perna y que ha presentado á la Sociedad Medico-Quirúrgica de Bolonia (1904) con el título *Intorno all' influenza della luce sullo sviluppo e sull'orientazione dell'embrione nell'uovo di pollo.* (*Bulletino delle Scienze mediche*, 1905):

1.ª La luz ejerce una verdadera acción biológica sobre la ontogénesis del huevo de gallina, análoga á la demostrada por Béclard y Morren en los huevos que se desarrollan en aguas estancadas, y Edwards, Poey y Schnetzler en los de los anfibios.

2.ª La luz, obrando como estímulo fótico, ejerce una acción directora (fototropismo) sobre las primeras células del blastodermo, comparable al heliotropismo de las plantas. En virtud de esta acción, el embrión se orienta hacia la fuente luminosa, *adaptándose* del modo más conveniente para poder desplegar la potencialidad evolutiva de que están provistas sus células especiales.

3.ª Bajo la dependencia de la nueva orientación, la luz parece ejercer también su influencia sobre la formación y evolución del

sistema vascular del embrión, determinando las variaciones debidas al exceso de desarrollo.

IX. El Dr. Bertarelli ha dado á conocer un trabajo «Sobre la inmunización activa del hombre contra el cólera mediante productos de autolisis del vibrión colerígeno y sobre la naturaleza de estos productos de autolisis». (*Lo Sperimentale*, 1905).

Neisser y Shiga (*Deut. Med. Wochens.*, 1903) propusieron, en la inmunización activa contra algunas infecciones, emplear los productos de *autolisis* de los gérmenes, productos á los cuales se ha atribuído el papel de *receptores liberados de los cuerpos bacterianos*, en homenaje á la hipótesis de la inmunidad formulada por Ehrlich. Después Shiga y Lipstein (*Berlin klin. Wochens.*, 1904) intentaron este método en la inmunización activa contra la fiebre tifoidea y el cólera en el hombre, y poco después Bertarelli (*Deuts. med. Wochens.*, 1904) empleaba en sí mismo los productos autolíticos del cólera y hacía experimentos en los conejos, y luego recurría al suero de él y al de éstos. Brieger y Schültze, Brieger y Meyer, Mayer, Conradi y otros, han continuado por este camino, modificando á las veces el modo de obtener los productos. De todos estos hechos, deduce Bertarelli:

1.° El método de inmunización con productos autolíticos de Shiga determina también para el cólera, en el hombre y en los animales, la aparición de aglutinina y de substancias bactericidas. El mejor procedimiento para obtenerlos es el de Brieger y Mayer.

2.° La duración de esta inmunización es notable y comparable á la obtenida con la de los otros sistemas de inmunización activa.

3.° Los productos autolíticos inmunizantes pueden ser obtenidos en seco, en cuyo estado conservan poder inmunizador; pero este método es costoso, exige una enorme cantidad de materiales y es poco práctico. Desde estos puntos de vista, el método de Shiga no es más ventajoso que los otros, pero proporciona una materia estéril y exenta de partes inútiles, sino dañosas, del cuerpo bacteriano.

4.° Los productos autolíticos pueden proceder de bacterias sin pestañas; éstas pueden contribuir á su formación, pero no son necesarias.

5.° Los materiales autolíticos del bacilo tifoideo están constituídos por substancias nitrogenadas, en buena parte precipitables con una saturación de sulfato magnésico, y por fósforo en gran proporción; es muy probable que buena parte esté formado de substancias protéicas del grupo de las nucleínas.

X. El alcohol metílico, que va sustituyendo indebidamente al etílico en varias preparaciones de bebidas alcohólicas, el *whisky*, por ejemplo, y en no pocas *farmacéuticas*, por su mayor acción tóxica, está produciendo trastornos de cuantía, muy bien estudiados en América. Las más graves, dejando aparte otros más notables, son las polineuritis, la ceguera y la muerte.

Jelliffe (*Medical News*, 1905) ha observado tres casos de polineuritis. El primero se refiere á un bebedor de *whisky*: comenzó con intolerancia gástrica y siguieron hiperestesia en los miembros superiores, parálisis incompleta de los extensores con caída de la muñeca, ligera ptosis y ambliopía parcial; curó á los cuatro meses. Los otros dos enfermos eran barnizadores de muebles, empleaban un barniz preparado con alcohol metílico y trabajaban en un taller sin ventilación; los dos sufrieron hiperestesia limitada á los miembros superiores, dolor intenso á la presión en el trayecto de los troncos nerviosos; ni el uno ni el otro eran bebedores.

Si la ceguera y la muerte no apareciesen frecuentemente antes de las neuritis, éstas serían más comunes; pero no tienen tiempo de desarrollarse. Hasta ahora no se las ha podido producir en los animales.

BIBLIOGRAFIA

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES VÉGÉTATIONS ADENOIDES, par le Dr. F. Suárez de Mendoza, 1905.

Para dar á conocer el mérito excepcional de tan interesante obra, nada mejor que publicar el prólogo con que la encabeza el ilustre profesor Simon Duplay:

«En una serie de artículos publicados en los *Archivos de Medicina y Cirugía especiales*, y destinados particularmente, como dice el autor, á los prácticos, el Dr. Suárez de Mendoza ha procurado demostrar las consecuencias funestas de las vegetaciones adenoideas abandonadas, describiendo de una manera magistral la sintomatología, el diagnóstico y el tratamiento de esta afección.

»Para estos artículos, coleccionados en un volumen, el Dr. Suárez de Mendoza, mi antiguo discípulo y mi amigo, me pide patrocine la obra.

»Lo hago con tanta más satisfacción, cuanto que esta monografía está llamada á prestar grandes servicios á los prácticos.

»Apenas si ha llegado á los oídos de algunos el eco de los largos y apasionados debates sostenidos en las Sociedades científicas á propósito de las vegetaciones adenoideas.

»La mayoría de los médicos tienen de esta afección ideas muy vagas y no han comprendido bien la responsabilidad en que incurren al no prevenir los estragos irreparables que ocasiona con tanta frecuencia. Esto, aunque es de sentir, no puede extrañarnos.

»En efecto, es completamente imposible que el práctico que necesita emplear tanto tiempo en la lucha por la vida, pueda completar los conocimientos tan deficientes adquiridos siendo estudiante, sobre todo los referentes á las diversas especialidades.

»Así que, á pretexto de que se trata de una afección del dominio de la otología, muchos prácticos sólo conocen de nombre las vegetaciones adenoideas é ignoran en absoluto los síntomas que las caracterizan.

»El Dr. Suárez de Mendoza ha tenido la feliz idea de cegar esta laguna referente á una afección tan común, de consecuencias tan graves, que puede casi considerarse como el eje de la patología infantil.

»Lo ha hecho con la paciencia, la probidad y el entusiasmo que caracterizan todos sus trabajos.

»En su introducción hace un excelente resumen de nuestras nociones sobre este asunto. Los primeros capítulos están dedicados á la historia, á la anatomía normal y patológica y á la etiología de las vegetaciones adenoideas.

»Aunque el Dr. Suárez de Mendoza ha procurado no hacer alardes de erudición en su trabajo, ha creído necesario resumir en estos capítulos los trabajos esenciales para estas cuestiones, dando al César lo que es del César, pero utilizando siempre los datos personales obtenidos de su larga experiencia clínica.

»El capítulo dedicado á la sintomatología es una exposición magistral, y me atrevo á decir que constituye el estudio más completo que se ha hecho hasta ahora.

»Después de hacer una clasificación original de todas las manifestaciones morbosas que pueden producir las vegetaciones adenoideas abandonadas, revisa sucesivamente los síntomas en el niño, en el adulto y en el niño de pecho.

»Expone con grandes detalles y de mano maestra los resultados

tan desastrosos de la respiración bucal, antifisiológica, debida á la obstrucción de las fosas nasales. El autor demuestra que en muchos niños, bien constituídos, por lo demás, puede resentirse la inteligencia, la memoria y la resistencia para el trabajo. Pinta de un modo gráfico á estos pobres niños de facies característica, enfermizos, enclenques, apáticos, que son con la mayor facilidad víctimas de todas las enfermedades infecciosas propias de esta edad, y que curan, las más de las veces, como por encanto en cuanto se suprime la causa por una intervención oportuna.

»Todo este capítulo, en el que el Dr. Suárez de Mendoza hace resaltar con gran habilidad las diversas complicaciones de las vegetaciones adenoideas, su influencia funesta desde el punto de vista fisiológico y patológico, merece ser leído con el mayor detenimiento, no sólo por los prácticos, para quienes ha sido escrito, sino por los especialistas, que encontrarán con seguridad en él algo que aprender.

»Los capítulos siguientes, que tratan del diagnóstico, del tratamiento médico y quirúrgico, de las complicaciones operatorias, de los resultados post operatorios inmediatos y remotos, etc., no son menos interesantes.

»Citaré de un modo especial el capítulo que dedica el Dr. Suárez de Mendoza al tratamiento quirúrgico, el único racional y el recomendado hoy por todos. En la descripción de su método mixto (empleo simultáneo de pinzas y de cucharillas), se comprende perfectamente que el objetivo principal del autor ha sido abreviar en lo posible los tiempos operatorios; hacer la operación, por decirlo así, instantánea.

»Consigue este objeto por el empleo de instrumentos inventados ó perfeccionados por él, por la preparación racional del acto operatorio y, sobre todo, por la *anestesia moral* del enfermo, la única que emplea en la mayor parte de los casos, no sólo, según dice, en los niños pobres, y por lo tanto sufridos, que acuden á la clínica, sino en las clases acomodadas y hasta en sus propios hijos.

»Fácil es comprender que no me ha sido posible analizar en detalle todos los capítulos de la interesante monografía del Dr. Suárez de Mendoza. He tenido que limitarme á exponer el concepto general.

»Quiero, no obstante, antes de terminar, hacer mención especial del capítulo dedicado al asunto tan importante y debatido de la anestesia general en la ablación de las vegetaciones adenoideas.

»En efecto, en este capítulo mi discípulo y amigo demuestra la in-

dependencia de su criterio, la fe de sus convicciones y el aprecio en que tiene la vida humana.

»Hijo de sus obras, llegado al apogeo de la carrera médica, no ha vacilado un solo momento, no teniendo otro culto que la verdad, en lanzarse con un entusiasmo juvenil á la pelea para defender sus ideas, cuando tantos otros principian á pensar en el descanso bien merecido.

»No dudo que el trabajo del Dr. Suárez de Mendoza será bien acogido por los médicos. El éxito obtenido por sus publicaciones anteriores me autoriza á creer que ésta obtendrá el mismo favor».

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión inaugural celebrada el día 13 de Noviembre de 1905.

Dificultades diagnósticas de la úlcera del estómago.— El Vicepresidente 2.°, Dr. D. José González Campo: La llorada muerte del Dr. Carrillo y Cubero, Presidente que era de esta Academia, y la honrosa designación de mis benévolos compañeros, aceptada por mí obediente y complacido, me pusieron en el trance de escribir y leeros el trabajo inaugural del Curso que hoy comienza, sin parar la atención en que para corresponder á la confianza que en mí depositásteis, era preciso que mi pluma fuese cincel que esculpiera obra indeleble digna de los prestigios de esta Corporación y de vuestros merecimientos.

Si la fatalidad implacable no nos hubiese privado de la vida del amigo querido, privación no por esperada tiempo ha menos sentida, él hubiese llevado su palabra á vuestra inteligencia con aquella claridad y aquella sincera convicción que el hondo saber ponía en su verbo. Pero esa misma fatalidad es causa de que sea yo quien haya de entreteneros algunos minutos esta noche, y cuando os hagáis cargo de que lo que diga está muy por debajo de lo que merecéis, no me inculpéis á mí; culpad tan sólo á la fatalidad.

Es corriente que en las solemnidades académicas se dé lectura á trabajos de muchas páginas llenos de notas bibliográficas y que agotan casi siempre la atención del auditorio, á no ser en las contadas ocasiones en que el asunto que en ellos se desarrolla, posea excepcional interés y el autor esté dotado de una galanura y un dominio del idioma tales, que por sí puedan mantener constantemente excitada aquella atención.

Creo indispensable que en todos los momentos sepa el hombre hacerse cargo de las circunstancias, y me figuro que este acto no es apropiado para que en él os obligue al sacrificio de oir un discurso extenso, atiborrado de citas y nombres de autores, pues si esto es oportuno en el folleto ó en el libro, sería, á mi juicio, extemporáneo y abusivo en una sesión inaugural. Lo desmedido de esos trabajos tiene, además, el inconveniente de gastar en vano la paciencia de quien escucha, por ser habitual que no lleguen á leerse sino trozos que muchas veces no se relacionan entre sí y carecen por lo tanto, de las indispensables ilación y congruencia; el público no puede, por tales oídas, formarse idea exacta del modo de pensar del autor sobre la materia que desenvuelve, y se le obliga si quiere saberlo, á leer por sí el discurso que oyó á retazos, y para esto holgaba la audición.

Tales son los motivos de que no abuse de vuestra benevolencia leyéndoos una Monografía, y de que me limite á tratar, del modo más conciso que me sea dable, sin detrimento de la claridad, de las *Dificultades diagnósticas de la úlcera del estómago.*

El asunto elegido como tema de esta oración inaugural, quise que fuese á un tiempo médico y quirúrgico, á la vez que interesante á todos, y si bien corresponde á la especialidad que cultivo, es de aquellos con que así el médico como el cirujano generales tropiezan á diario. La actualidad de la afección citada es de todos los momentos, por sí misma como por las complicaciones de que puede ser origen; de su cabal conocimiento dependen, en muchos casos, el crédito del médico y la vida del enfermo, y la terapéutica, médica cuando pueda serlo y quirúrgica si la medicina incruenta no se basta para resolver el problema curativo, sólo puede plantearse con un diagnóstico preciso y acertado.

Los medios modernos de investigación, con el adelanto que han impreso á la patología, demuestran que muchas úlceras del órgano quimificador, graves al extremo de hacer que peligre la vida del que las padece, pueden pasar inadvertidas; que otras dan lugar á síntomas que no se interpretan bien por el falso concepto que de sus manifestaciones se tiene; y que, en otros casos, se piensa en esta enfermedad equivocadamente, por conceder á los signos que en apariencia la revelan un valor que no poseen.

He tenido ocasión de observar centenares de enfermos de úlcera crónica del estómago, y su estudio detenido me permite afirmar que esta dolencia es extraordinariamente más común de lo que se cree, no diagnosticándose en multitud de ocasiones por la idea tan extendida entre los médicos de que no existe si no se traduce por los tres síntomas considerados fundamentales y típicos de ella.

Que su frecuencia es mayor de lo que se suele admitir, lo demuestran las autopsias haciendo patente la presencia de una ó varias úlceras, en actividad ó ya cicatrizadas, en el estómago de individuos en los que no se sospechara en ningún momento de su vida. Lo demuestra igualmente la observación de enfermos en los que el primer signo patológico es una perforación que le arrebata la existencia si no se ponen rápidamente en planta los recursos quirúrgicos, ó una gastrorragia esteriorizada en forma de hematemesis, en la de melena ó en la de ambos síntomas reunidos, como así mismo la de aquellos pacientes de una dolencia del estómago calificada de

cosa distinta de la úlcera, la cual ni siquiera se sospecha, que no se ven libres de molestias hasta que por cualquier motivo se nos ocurre someterlos al régimen terapéutico de la enfermedad de Cruveilhier.

Con el diagnóstico de hiperclorhídria, de gastrosucorrea de causa ignorada, de dispepsia nerviosa y aun con el de gastritis, pasean sus úlceras innumerables enfermos, sin revelarse por los síntomas característicos hasta el día en que la gastrorragia ó la perforación sorprenden al médico esclareciendo su camino.

Enfermos hemos visto de estenosis pilórica cicatrizal, de biloculación ó perforación gástricas, de perigastritis más ó menos extensa—y á las discusiones de esta misma Academia se han traído algunos, operados por distinguidísimos cirujanos—en los cuales los conmemorativos patológicos no revelaban la sintomatología tenida por peculiar y como patognomónica de la úlcera origen de aquellas lesiones; en algunos de ellos, la alteración primitiva evolucionó en silencio, y sólo cuando fué abierto el vientre pudo venirse en conocimiento de su anterior existencia. ¿No son estos hechos bastante demostrativos de la falacia de esa sintomatología?

Se ha considerado por la inmensa mayoría de los autores como característica de la úlcera gástrica la triada sintomática constituída por el dolor, los vómitos y la gastrorragia, cuando estos síntomas aparecen en determinadas condiciones. Veamos cuáles son éstas, para analizar después hasta qué punto son reveladoras de úlcera, aquilatando su alcance.

Dolor.—Espontáneo y localizado en la profundidad del epigastrio, puede ser continuo ó intermitente. Continuo, si la lesión destructiva ha originado adherencias con los órganos próximos, lo avivan las tracciones que con los movimientos de las vísceras y los del individuo, sufren estos nexos patológicos. Paroxístico, accesional en estas úlceras y en las recientes, seguiría muy de cerca á la ingestión. Terebrante, urente, mordicante, de ordinario agudo, se dice que suele atravesar del epigastrio al dorso, como lo haría la hoja de una espada. Asegúrase que aparece de cinco á veinte minutos después de la introducción de alimentos en el estómago y que está relacionado con la cantidad de los ingesta, con su calidad y forma física, así como con su temperatura, siendo tanto mayor cuanto más abundantes éstos, cuanto más irritantes por su composición y más sólidos y cuanto más elevado su grado térmico. El acceso duraría lo que la permanencia de los alimentos en el órgano, cesando en el momento en que lograran franquear el píloro ó en que el vómito los expulsara al exterior. No sería infrecuente que de dos á tres horas después de la comida apareciese una exacerbación del dolor, correspondiendo al momento en que el ácido clorhídrico, saturadas todas las apetencias de lo ingerido, quedase en libertad sin tener elementos con los cuales entrar en combinación; este dolor, así el que aparece á poco de la comida como el que corresponde á la crisis de hiperclorhídria concomitante, se debe, según los autores, al contacto, primero de los alimentos y luego del ácido libre, con la superficie ulcerada, no dejando de influir también en su producción los movimientos que el órgano realiza para desembarazarse de su molesto contenido.

En ocasiones, al dolor epigástrico se suma otro dorsolumbar, intenso y que cede cuando aquél; obedece, según se cree, á la propagación del pro-

ceso al hígado y al páncreas, y no suele presentarse en la úlcera que no se ha extendido á estos órganos.

También se ha pretendido que la mayor ó menor rapidez en la aparición del dolor depende del asiento de la lesión destructiva, siendo tanto más precoz cuanto más próxima al cardias asiente la úlcera. En muchas ocasiones se ha querido determinar el sitio en que radica la lesión por el alivio ó aumento del dolor en ciertos decúbitos, creyendo que se exacerba siempre cuando por la posición que el cuerpo adopte, el contenido del estómago baña la superficie lesionada, disminuyendo y aun llegando á desaparecer en el instante en que la acción de la gravedad lo lleva á otro territorio. Las autopsias y las intervenciones operatorias demuestran cuán errónea es, en multitud de casos, esta interpretación.

Yo he visto frecuentemente, y tengo la creencia de que á los que hayan examinado muchos ulcerosos de estómago les habrá sucedido lo propio, no aparecer el dolor gástrico en individuos manifiestamente ulcerosos, sino de dos á cuatro horas después de las comidas en el momento en que es corriente observar la crisis en los hiperclorhídricos, y sin que en la intensidad del síntoma influyesen para nada la cantidad, la calidad ni la temperatura de lo ingerido; es más, creo haber observado con mayor frecuencia su aparición hacia el final del acto quimificador que en sus comienzos, no siendo raro que aun en úlceras recientes, revista desde luego carácter de continuidad con exacerbaciones hacia el final de la digestión gástrica y hasta con alivio en seguida de comer.

El dolor espontáneo que aparece á poco de ingerir, se observa, más frecuentemente que en la úlcera, en la hiperestesia de la mucosa del estómago, tan común en los individuos neuróticos, hasta tal punto, que esa condición del dolor sirve con otros síntomas, para revelar la existencia de una dispepsia nerviosa; ahora bien: sucede con relativa constancia que la úlcera redonda se desarrolla en sujetos neuróticos con hiperestesia gástrica, siendo esa la razón capital de que en ellos pueda el dolor ser precoz, sin que este dato sirva como característico.

Es indudable que en las úlceras próximas al cardias el dolor suele aparecer en seguida de ingerir, y al mismo tiempo si asienta en el propio orificio, lo cual no sólo obedece á acción tópica, sino también á espasmo motivado por mecanismo reflejo. Tampoco es constante que el dolor atraviese del epigastrio al raquis, pudiéndose apreciar este carácter en distintas dolencias, como por ejemplo, en las crisis gástricas de la tabes y otras afecciones del sistema nervioso central.

Se ha señalado, como típico de la enfermedad en que me ocupo, el dolor á la presión en un punto limitado del epigastrio y del dorso. El primero se fija, según los tratadistas, en una zona poco extensa situada en la línea xifo-umbilical, siendo muchos los casos en que se observa muy cerca del apéndice xifoides y pudiendo radicar en las partes laterales próximas á esa línea. Hace próximamente dos años que Mendel, de Essen, dió como patognomónico este signo, asegurando que en todos los ulcerosos se aprecia una zona casi circular de dolor que se despierta al percutir y dentro de la cual la presión más ligera determina violento dolor, conociéndose que la lesión mejora en que esa zona dolorosa se va reduciendo concéntricamente.

El dolor dorsal que aparece en un punto que varía de la séptima vértebra dorsal á la segunda lumbar y que es siempre el mismo para cada enfermo, se provoca también por la presión y puede radicar sobre las apófisis espinosas ó en uno de sus lados, particularmente en el izquierdo; dícese que se le puede determinar al mismo tiempo que el anterior por presión epigástrica.

Boas pretende que la intensidad del dolor en esos puntos es susceptible de mensuración para la cual serviría su algesímetro; en la úlcera se produce, según él, dolor haciendo presión variable de 0'5 á 4 kilogramos en el punto anterior y de 5 á 6 en el posterior, al paso que en sujetos sanos no aparece sino con presiones que se aproximan á 10.

Los resultados de mi experiencia están en desacuerdo con la opinión tan extendida del carácter peculiar y constante del dolor á la presión en la úlcera gástrica. Si se examinan las historias clínicas de los enfermos del estómago que han concurrido á mis consultas, se verá que acaso se aproxime al 90 por 100 el número de individuos en los cuales la presión epigástrica no excesiva determinó dolor en un punto alto ó bajo de la línea xifo-umbilical; este dolor se provoca también en muchos sujetos sanos ó afectos de dolencias no relacionadas ostensiblemente con los órganos digestivos, y según los datos experimentales modernos no se desarrolla en el estómago sino en el plexo solar. En individuos que padecían úlcera indiscutible no se producía, comprimiendo, dolor de ningún género; en otros, en los cuales existía la zona dolorosa, no afectaba la forma circular de Mendel, y en la mayoría no podía tampoco encontrarse punto dorsal. Por el contrario, algunos ulcerosos hallaban alivio en la presión epigástrica efectuada con la palma de una de sus manos ó con el puño, haciéndome recordar los casos análogos que cita Einhorn.

En la colelitiasis puede encontrarse un punto doloroso dos ó tres traveses de dedo á la derecha de la duodécima apófisis espinosa dorsal, así como otros más ó menos altos y lateralizados en las neurosis del estómago.

Respecto á la algesimetría, haré constar que he empleado profusamente el estesiómetro de Boas y hace tiempo hube de desecharlo por inútil; he visto ulcerosos que soportaban sin el menor asomo de molestia, presiones epigástricas de 7 y 8 kilogramos, así como otros enfermos que positivamente no sufrían úlcera péptica, en los cuales el dolor se determinaba á presión menor de uno. Y es que, como escribí hace ya años, para el dolor no podrá jamás haber medida; cada individuo responde á las excitaciones según su impresionabilidad nerviosa, y lo que para unos es insoportable, es, por otros, apenas advertido. Pretender encasillar el dolor como quiere el notable gastropatólogo alemán antes citado, determinando el grado en que en cada enfermedad puede producirse, nos parece artificioso en demasía.

(*Concluirá*).

PERIÓDICOS

Tres casos especiales de querate-conjuntivitis pustulosa. — En *La Medicina Valenciana*, publica D. Juan Alonso, el siguiente artículo:

El primero fué en una joven de veintiún años, natural de Bétera, bien constituída y sin padecimientos oculares anteriores. Presentaba en el ojo izquierdo, único enfermo, dos pústulas de regular tamaño, implantadas en la conjuntiva bulbar, cerca de la circunferencia corneana, y otra de mayores dimensiones sobre el mismo limbo. Las tres eran de contenido opalino de poca elevación y base ancha, ofreciendo la vascularización superficial y profunda la forma triangular, tan característica en esta clase de lesión. Nada había hasta entonces de extraordinario en esta enferma que exigiera especial atención. Pasaron tres días, y la paciente manifestó que en la espalda le habían aparecido dos gruesos granos, que ofrecían los caracteres del forúnculo.

La analogía de las lesiones oculares con las de la piel, y la circunstancia de presentarse á la vez, le hicieron sospechar en cierta identidad patogénica, que no sabía si científicamente estaba comprobada. Absolutamente nada dicen los más caracterizados oftalmólogos sobre el particular. Y como á falta de autoridad asustan las innovaciones, relegó al silencio, si no al olvido, el caso clínico.

Afortunadamente, á los veinte días de haber dado de alta á la anterior enferma, se presentó á la observación el segundo caso especial.

D. Cristóbal Calvé, de cuarenta y siete años de edad, de buena constitución, aragonés, pero habitante en Valencia, que nunca había padecido de los ojos, presentaba en el ojo izquierdo un grupo de tres pústulas pequeñas en la conjuntiva bulbar, parte externa, y una bastante voluminosa en el limbo querático en su segmento inferior. Antes de interrogarle, manifestó, al moverle la cabeza para observar el ojo enfermo, que estaba molestadísimo por unos granos que padecía algunos días en la espalda y cuello. En este enfermo, el más típico de los observados, las lesiones oculares iban á la par con las manifestaciones forunculosas de la piel, si bien más dóciles en el tratamiento, y por ende de curso más corto.

Se curaron las pústulas querato-conjuntivales y al enfermo le dió de alta. A los pocos días, nuevos brotes en la piel y otras pústulas en el mismo ojo, que también fueron curadas con facilidad.

No tardó mucho en aparecer un tercer brote de granos y pústulas implantadas, éstas, como anteriormente, en el ojo izquierdo y aquéllas en la mitad izquierda del cuello y espalda. Por fin el enfermo, después de dos meses de padecimiento, se encontró curado de todo, sin quedar en el ojo nada que revelase las lesiones que había padecido.

Un tercer caso se refiere á Dolores Martí, de veintisiete años, natural de Valencia, robusta y sin antecedentes morbosos oculares, ofrecía parecidos caracteres de coexistencia de lesiones: dos pústulas en la conjuntiva bulbar, ojo izquierdo, y distintos forúnculos en partes distanciadas del cuerpo

y de sucesiva aparición. Las pústulas tuvieron de particular en esta enferma el mostrarse con más rebeldía al tratamiento por el imprudente uso de un colirio muy irritante que se le recomendó, y que indudablemente produjo la ulceración de las pústulas y una viva reacción de la conjuntiva óculopalpebral.

El mero hecho de la repetición de casos tan similares fué un fundamento bastante efectivo para afianzar y robustecer la idea que le sugirió e primer enfermo, consiguiendo anular el pretexto alegable de una coincidencia casual y colocando al Dr. Alonso en el terreno firme de la observación clínica para poder hacer la deducción racional de una identidad patogénica.

En vista de estas observaciones, el Dr. Alonso se cree autorizado para sospechar, si no afirmar de una manera categórica, la existencia de una identidad etiológica patogénica entre dichas afecciones.

No ha llevado, dice la observación al límite para obtener una prueba concluyente en el campo de los reactivos y del microscopio; falta debida á la carencia de medios por un lado, y por otro, á la espera infructuosa de casos parecidos.

«Si esta confirmación llega á obternerse, podremos admitir una variedad de la conjuntivitis pustulosa de origen forunculoso, en la cual el agente específico, el estafilococo piógeno dorado, que puede haber sido conducido á la conjuntiva por medios externos ó por las vías linfáticas ó riego sanguíneo, á la manera como es aportado á las articulaciones en el curso de una infección estafilocócica. Sabido es que el estafilococo, que hace su invasión primitiva en el folículo pilosebáceo, según la concepción de Richet, puede producir, si la virulencia es grande, una osteomielitis sobreaguda y hasta una piohemia hipertóxica». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

XVIII CONGRESO FRANCÉS DE CIRUGÍA

Celebrado en París del 2 al 7 de Octubre de 1905

De la conservación en el tratamiento de los traumatismos de los miembros.— El Dr. *Nimier* (ponente), leyó un trabajo sobre el valor de la cirugía conservadora en los traumatismos de los miembros, de la que se declara ardiente partidario. Expone que la cirugía conservadora debe atender tanto á la integridad anatómica como á la perfecta funcionabilidad del miembro. Hablando de los límites impuestos á la cirugía conservadora, cree que la amputación únicamente debe ser exigida por los peligros de muerte del

enfermo debidos casi siempre á la infección; así, pues, el primer deber del cirujano será combatir la sepsis haciendo más bien asepsia que antisepsia, por medio de abundantes lavados, evitando de este modo los peligros de los antisépticos sobre los tejidos. No siempre el papel del cirujano será tan pasivo, sino que algunas veces necesitará intervenir de modo directo como en los casos de lujación con fractura de la extremidad articular, fracturas conminutas, secciones tendinosas, heridas de nervios, etc., etc., en las que intervendrá con arreglo á la índole de las lesiones. El curso del traumatismo exigirá cuidados y operaciones complementarias variables en cada caso, como son prácticas de mecanoterapia, liberación de nervios englobados en callo vicioso, etc.

El Dr. *Le Dentu* cree que las disoluciones débiles de los antisépticos no tienen la acción temida por el Dr. Nimier.

El Dr. *Léjars* cree que aun en los casos de amputación debe ésta ser tardía, lo que permite conservar mayor cantidad de tejidos.

El Dr. *Doyen* preconiza la irrigación continua como tratamiento preventivo de la infección.

Los Dres. Kirmisson, Morestin, Vanverts y otros, se limitan á hacer observaciones y citar casos en corroboración de lo expuesto por el Dr. Nimier.

Cirugía del páncreas. — El Dr. *Villar* (ponente), expuso la sintomatología de las enfermedades del páncreas, concluyendo por afirmar que su diagnóstico se hace casi siempre después de la laparotomía, por confundirse con casi todas las afecciones abdominales, siendo en casi todas ellas necesario recurrir á la intervención quirúrgica, bien como medio curativo bien como medio paliativo; para estas intervenciones pueden seguirse tres vías, la transpleural, la lumbar y la abdominal anterior, que según Villar, es la preferible, desechándose las incisiones oblícuas para evitar la sección de los músculos rectos. Abierto el peritoneo pueden seguirse otras tres vías, la gastrohepática, la transmesocólica y la más directa de todas, que es la gastrocólica; cada una de las afecciones del páncreas tiene su operación especial; así en el páncreas anular aconseja la *gastroenterostomía*, en los cambios de sitio del órgano la pancreatopepsia; en los casos de grandes traumatismos pancreáticos, es necesario intervenir en seguida haciendo la sutura si es posible y si no la pancreatectomía parcial, si bien trabajos experimentales demuestran que la total es compatible con la existencia.

En las pancreatitis agudas simples se debe desaguar la región y la vesícula biliar, así como es lógico admitir que el mejor tratamiento de la hemorragia pancreática ó peripancreática, es la incisión seguida de desagüe en el primer caso y la incisión de la bolsa y marsupialización de ésta en el segundo. En los casos de absceso del páncreas es preferible vaciar el absceso y desaguar.

La intervención más sencilla, más lógica y racional de las pancreatitis crónicas, es el desagüe de las vías biliares por colecistectomía; pero si las lesiones están localizadas en la cola ó en el cuerpo del órgano, lo mejor es la *pancreatectomía* parcial.

En la litiasis pancreática se impone la pancreaticotomía ó la pancreatogastrotomía.

Por último, como tratamiento radical ó curativo de los tumores sólidos

del páncreas, se impone, cuando radican en la cola, la pancreatectomía parcial.

Los Dres. Mayer, Vidal y Hallion, dicen no haber podido conservar la vida de ningún perro después de la pancreatectomía total.

Los Dres. Garré, Léjars y Doyen, citan varias intervenciones en comprobación de lo expuesto por el Dr. Villar.

Cirugía reparadora de la cara.—El Dr. *Lepage* (de Bruselas) habla en su comunicación de la cirugía reparadora de la cara, haciendo de estas intervenciones los cinco grupos siguientes:

1.° Con el nombre de métodos de *restauración sencilla*, reune las múltiples operaciones de práctica diaria que obtiene la reparación por medio de los mismos tejidos seccionados, sin autoplastia propiamente dicha, por ejemplo, la excisión de una cicatriz con reunión de los bordes de la herida.

2.° *Métodos de autoplastia* que ofrecen al estudio varios tipos bien distintos: autoplastia *italiana* con colgajo tomado á distancia; la *francesa*, en la que se toma el colgajo de la vecindad, sin torsión del pedículo, y la *indiana*, con colgajo de la vecindad, pero con torsión del pedículo.

El método italiano puede ser utilizado con ventaja para ciertas operaciones de queiloplastia, rinoplastia ó blefaroplastia, siendo los métodos francés é indiano de un empleo mucho más general, necesitando en la cirugía reparadora de la cara cuidados especiales para no obtener cicatrices deformes, y cuando no se pueda afrontar los bordes de la herida, se hacen incisiones liberatrices.

3.° Los *métodos de los ingertos*, que sin tener la importancia de la verdadera autoplastia pueden prestar buenos servicios en la reparación de las heridas de la cara, siendo los preferidos los dermo-epidérmicos de reborde ó mejor aún, los epidérmicos de Thiersch, habiéndose empleado con éxito los ingertos por trasplantación de trozos de piel, de mucosa, y hasta de fragmentos cartilaginosos ú óseos, no prestando casi ninguna utilidad los ingertos heteroplásticos.

4.° Los *métodos de protesis* consisten en el empleo de substancias inertes, extrañas al organismo, que obran unas veces para reemplazar en parte ó totalmente la substancia destruída, y otras para sostener esta substancia.

En el primer grupo es necesario distinguir la *inmediata*, que es la que tiende á reemplazar directamente la pérdida de substancia ósea por una pieza artificial, no empleándose más que en los casos de pérdidas accidentales ú operatorias de los maxilares, y la prótesis de *sostén* que se coloca á distancia de la herida, y obra, por ejemplo, después de la resección parcial del maxilar inferior para que no se desvíen los fragmentos.

Al segundo grupo ó de *prótesis endodérmicas*, corresponde el método de las inyecciones de parafina, según el procedimiento de Gersung.

En el quinto grupo coloca, por último, una serie de diversos medios sin clasificación posible, como son, por ejemplo, sutura nerviosa del facial en la parálisis de este nervio, resección de la articulación temporomaxilar en los casos de constricción de la mandíbula, etc.

El autor habla más adelante de los distintos procedimientos operatorios, según se trate de párpados, nariz, etc., insistiendo mucho sobre la conve-

niencia que hay en algunos casos de no terminar la operación reparadora en una sola sesión.

Cada uno de los grupos anteriormente expuestos, tiene aplicaciones especiales; así, por ejemplo, los ingertos convendrán en algunas deformaciones de los labios, carrillos, ó para la cicatrización de las regiones cruentas, resultante del desbridamiento de los colgajos, la autoplastia sería el procedimiento de mayor aplicación en las deformidades de los labios, carrillos ó nariz; la prótesis artificial estará indicada en los casos de pérdida de substáncia de los maxilares.

Todos estos procedimientos, dice al final el autor, que estarán supeditados en cada caso á la iniciativa del cirujano. — M. ARQUELLADA.

(Continuará).

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 17 de Octubre de 1905 (1).

Perímetro torácico y amplitud respiratoria en el niño.—La doctora *Nageotte-Wilbonchewitch* dijo que no existe relación alguna entre el perímetro torácico y la amplitud respiratoria. Las mediciones deben hacerse en la base de la axila por arriba, y en el apéndice xifoides por abajo. La amplitud es modificada por el hábito de la gimnasia respiratoria; en la clientela privada se obtienen resultados superiores á los obtenidos en el hospital. El ejercicio aumenta no sólo la amplitud de la respiración, sino también la de la expiración. En estado normal el perímetro torácico superior es mayor que el inferior; el ejercicio aumenta esta diferencia. Se llegan á obtener diferencias considerables é inesperadas que influyen sobre el estado general.

El Dr. *Guinon* se lamentó de que no hubiera reglas fijas para medir el perímetro torácico. Cree que debe haber á la vez que modificación de la amplitud respiratoria, cambios en el modo de respirar, que han de ejercer una influencia benéfica sobre la profilaxis de la tuberculosis.

El Dr. *Gillet* dijo que puesto que los médicos inspectores de las escuelas necesitan hacer mediciones, conviene saber cuál es la que conviene adoptar.

La doctora *Nageotte* aconsejó la superior.

Enfermedad de Addison sin lesión de las cápsulas suprarrenales. — Los doctores *Nobecourt* y *Brelet* refirieron un caso de enfermedad de Addison, de marcha rápida, que recayó en un niño de dieciocho meses. El enfermo presentaba ya pigmentación ligera al ingresar en la Clínica. La fiebre aumentó de un modo progresivo, y como se manifestaron á la vez signos pulmonares, se diagnosticó la afección de tuberculosis aguda. No había pigmentación de las mucosas, pero sí astenia acentuada.

Al practicar la autopsia se encontraron tuberculosis ganglionar, abdominal y bronquial. Las cápsulas suprarrenales no presentaban lesión algu-

(1) Primera del curso académico actual

na macroscópica ni histológica. El diagnóstico de enfermedad de Addison fué confirmado por la pigmentación más intensa que la melanodermia de los tuberculosos. Puede invocarse también la astenia. Las lesiones del neumogástrico englobado en los ganglios lesionados, explica quizá los trastornos observados en este caso.

El Dr. *Guinon* dijo que lo notable en este caso es la poca edad del enfermo. Jamás ha observado la pigmentación en la tuberculosis infantil.

El Dr. *Gillet* manifestó haber observado un caso de enfermedad de Addison sin lesión de las cápsulas suprarrenales en un adulto.

El peso y la orina en el sarampión. — El Dr. *Nobecourt* expuso los resultados de sus investigaciones en este sentido, practicadas en colaboración con los Dres. Leven y Merken. El peso desciende con regularidad en los días que siguen á la erupción, y principia á aumentar del quinto al octavo día. No hay relación alguna entre la pérdida de peso, la cantidad de orina y la de la alimentación, compuesta exclusivamente de leche. Durante los cuatro días primeros hay oliguria, y después de la defervescencia poliuria. La cantidad de cloruros no varía en toda la enfermedad. Al principio disminuye la cantidad de urea, pero después se normaliza.

Peritonitis purulenta neumocócica generalizada.—El Dr. *Pater* refirió la observación de una niña que ingresó en la Clínica del Dr. Guinon. Antes de su ingreso se había incurrido respecto á ella en dos errores de diagnóstico: se diagnosticó su afección de peritonitis apendicular y de fiebre tifoidea. En la Clínica se hizo el diagnóstico de peritonitis neumocócica, que se comprobó después de la intervención quirúrgica por el examen bacteriológico y la inoculación. Se trataba de una peritonitis purulenta generalizada primitiva, sin tendencia á localizarse. La enferma murió. El Dr. Pater insistió sobre la importancia del síntoma diarrea; cree que la puerta de entrada de los microbios pudo ser una angina ignorada, y recordó que los autores están de acuerdo en asignar á esta forma de peritonitis neumocócica un pronóstico casi siempre fatal.

El Dr. *Broca* insistió sobre las indicaciones operatorias en la peritonitis de neumococos. Cree perjudicial intervenir antes de que sea aparente la supuración y haya signos innegables de colección purulenta.

El Dr. *Comby* recordó que se han hecho las mismas indicaciones para la peritonitis gonocócica.

El Dr. *Sevestre* dijo que había obtenido un éxito completo en una peritonitis de neumococos, operada en las condiciones indicadas por el doctor Broca.

El suero marino en los niños.—El Dr. *Guinon* dijo que había hecho ensayos con este producto, empleándolo á cortas dosis, según aconseja L. G. Simon, obteniendo resultados deplorables. Ha observado elevación notable de la temperatura, y en dos casos agravación de una tuberculosis de marcha lenta. En todos los casos en que hizo inyecciones de suero marino, los resultados terapéuticos fueron nulos.

El Dr. *Netter* cree que los buenos resultados obtenidos por ciertos autores pueden atribuirse á la proporción de sales diferentes en el medio, más que á las consideraciones teóricas que hace el Dr. Quinton á propósito del suero marino. Recordó que hace veinte años, el fisiólogo inglés Sidney Ringer

señaló los buenos efectos obtenidos por la combinación de las disoluciones destinadas á las circulaciones artificiales, no sólo de sales de sodio, sino también de calcio y potasio. De este modo resultan disoluciones que se asemejan más al suero marino. Fundándose en estos resultados y en investigaciones posteriores, el Dr. Netter emplea en su Clínica desde año y medio, en vez del suero artificial ordinario, una disolución que contiene para 1000 gramos de agua, 10 de cloruro de sodio, 30 centígramos de cloruro de calcio, 20 de cloruro potásico y 10 de bicarbonato sódico. Los resultados son excelentes.

Un caso de pleuresía neumocócica en un recién nacido. — El Dr. *Lesné* dijo que había observado un caso de pleuresía serosa en un niño de mes y medio, que fué conducido al hospital por accesos de disnea que se presentaron desde el día siguiente del nacimiento. Los accesos desaparecieron á los pocos días, y después volvieron á presentarse. Se observaron accesos de tiro y los signos de un derrame pleurítico. Tres punciones sucesivas dieron salida á una pequeña cantidad de líquido seroso, abundante en fibrina. Desde el punto de vista citológico, se encontraron polinucleares. El líquido contenía siempre el neumococo desprovisto de virulencia.

El Dr. *Netter* llamó la atención sobre el desacuerdo que existe entre las tres punciones que dieron salida sólo á unos cuantos centímetros de líquido, cuando la radiología hacía sospechar un gran derrame, y cree que se trataba verdaderamente de pleuroneumonía. — F. Toledo.

PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE LAS «GOTAS DE LECHE»

Celebrado en París el 20 y 21 de octubre de 1905.

Las gotas de leche en Inglaterra. — El Dr. *Mc. Cleary* hizo la historia de las *Gotas de leche* en la Gran Bretaña. Existen en aquel país en forma de Depósito de buena leche que distribuyen á las madres las enfermeras, sin inspección médica. La consulta de niños de pecho no existe. Las inspectoras van á domicilio para vigilar el empleo de la leche.

Las gotas de leche, como campo de observación para los pediatras. — El Dr. Variot: En las Gotas de leche se ve, sobre todo, á los niños criados con biberón, volver en plena atrepsia. Pueden, por lo tanto, compararse las estadísticas de las Gotas de leche con las de las consultas anejas á las Maternidades en las que domina la lactancia materna.

Las Gotas de leche, vasto campo de observación para los pediatras, permiten estudiar y curar la atrofia ponderal, seguir los trastornos de la nutrición, gracias al empleo metódico de la balanza, superior con mucho á la medición, observar el desarrollo de las manifestaciones de las manchas hereditarias y de la herencia normal. Terminó su informe con las conclusiones siguientes:

1.ª Las Gotas de leche, con distribución de leche impeccionada por un médico pertenecen á la pediatría.

2.ª Las consultas de niños de pecho son patrimonio de la obstetricia.

El Dr. Lust: Los niños se crian de ordinario de una manera irracional; La Gota de leche es el mejor remedio contra la miseria y la ignorancia.

En Bruselas, en 1897 creé una distribución de leche á los niños pobres; la leche la suministraba una vaquería modelo. Después se han fundado en Bélgica gran número de Gotas de leche. Se ha creado también una liga nacional belga para la protección de la infancia.

El Dr. *Aviragnet* protestó contra la separación adoptada por el Dr. Variot. La Gota de leche, tal como existe, no responde á las necesidades actuales y se necesitan obras completas en las que puedan ser asistidas las madres y sus hijos, y en las que se proteja ante todo la lactancia materna. En su consulta de niños de pécho de Point-du-Jour, asiste lo más posible á las madres.

El Dr. *Lust* no cree que pueda existir la Gota de leche, sin la consulta de los niños.

El Dr. *Raymondi* dijo que era francamente antiseparatista; las Gotas de leche de los pediatras y las consultas de niños de pecho de los tocólogos, deben unirse en un esfuerzo común contra la mortalidad infantil.

El Dr. *Saint Philippe* se declaró enemigo de la separación, que sería sentar un procedimiento funesto. Las dos obras deben estar reunidas siempre que sea posible. La *Sociedad protectora de la infancia*, de Burdeos, ha creado hace mucho tiempo una consulta de niños criados al seno y con el biberón.

El Dr. *Picaut* dijo que la puericultura intrauterina corresponde á los tocólogos y la extrauterina á los pediatras.

El Dr. *F. Suárez de Mendoza* manifestó que era también antiseparatista.

El Dr. *Graanboom* dijo que era antiseparatista, pero que los niños de pecho son de la competencia de los pediatras.

El Dr. *Siegert* recomendó la creación de Gotas de leche provinciales.

El Dr. *Lancry* cree que la Gota de leche es muy costosa. Desde los Consultorios deben enviarse á las madres á que compren leche en un depósito donde se expenda buena.

El Dr. *Concetti* dijo que en Italia las nodrizas mercenarias necesitan presentar un certificado de que su hijo tiene cinco meses. La Gota de leche es el complemento de las consultas de niños de pecho.

El Dr. *Decherf* dijo que en Tourcoing existe una Sociedad llamada *Salvaguardia de los niños de pecho*, que concede un premio en metálico á las madres que amamantan sus hijos. Además, tiene una granja y provee de leche á las mujeres que no pueden amamantar á sus hijos.

El Dr. *Montagnon* manifestó que las consultas de niños de pecho pueden funcionar sin la Gota de leche, pero que no debe ocurrir lo contrario. Se ha reprochado al Dr. Budin de favorecer la lactancia artificial, porque da en su consulta leche esterilizada. Las Gotas de leche deben ser ante todo, centros de lactancia materna.

El Dr. *H. Sergent* indicó que la consulta de niños de pecho puede instalarse con más facilidad que la Gota de leche, porque puede encargarse de ella el inspector de los niños de pecho.

Necesidad de una legislación para reprimir los fraudes de la leche.—El doctor *Davel* demostró que la mortalidad infantil ha disminuído de un modo notable en Buenos Aires, desde que se han reglamentado debidamente las

lecherías, y hecho casi imposible el fraude. En Nueva York las leyes son todavía más rigurosas.

El Dr. *Chambellan* cree que las Gotas de leche son centros de gran utilidad para los especialistas. Ha operado con éxito niños de pecho que padecían mastoiditis y adenoiditis.

El Dr. *Clarac*, fundándose en los resultados obtenidos en Madagascar, aconsejó vulgarizar las Gotas de leche en todas las colonias francesas.

Lactancia materna y Gota de leche. — El Dr. *Leblond* explicó cómo funciona la Gota de leche de Beauvais inaugurada hace tres años por el profesor Budin. A pesar de la pobreza de la clientela obrera, gracias á los socorros en metálico y en especies, la proporción de niños amamantados aumenta de año en año.

El Dr. *J. Bertillon* llamó la atención sobre las estadísticas mal hechas. El problema es complicadísimo respecto á la mortalidad infantil. Acostumbra á clasificar los niños por agrupaciones de edad, uno á cuatro días, cinco á nueve, diez á catorce, quince á veintinueve, uno á tres meses, tres á seis, seis á un año, contando en días, el tiempo que le cria una nodriza ó la Gota de leche. De este modo es más fácil hacer estadísticas exactas de mortalidad infantil.

Un método de conservación y de distribución de la leche en estado de pureza. — El Dr. *Concetti* ha experimentado con éxito la leche ordeñada asépticamente adicionada de ácido carbónico y conservada varios días aséptica en sifones sin esterilización.

El Dr. *Chambrelent* insistió sobre la necesidad de ordeñar las vacas de una manera aséptica, lo que permite conservar la leche en buenas condiciones dos días.

El Dr. *Saint Philippe* dijo que lo difícil era convencer á los aldeanos de la conveniencia de adoptar precauciones asépticas para ordeñar las vacas.

El Dr. *Barbellion* manifestó que la leche de cabras suele ser mejor aceptada por los niños sanos.

El escorbuto infantil en sus relaciones con la esterilización de la leche. — El Dr. *Martínez Vargas* dijo que el mejor medio de oponerse al desarrollo del escorbuto infantil consiste en adoptar la lactancia materna, y cuando esta es insuficiente en favorecerla dando al mamar leche de cabra. A falta de este medio, se recurrirá á la leche de cabra esterilizada. Terminó con las conclusiones siguientes:

1.ª La civilización, que ha suprimido el escorbuto de los adultos, ha contribuído á introducirle en el período infantil de la vida.

2.ª En noviembre de 1904, observé un niño de dieciocho meses, que padecía escorbuto y en el que predominaban las manifestaciones bucales. Este niño fué alimentado desde que nació con leche hervida de vaca y con cocimiento de cebada tostada. El régimen antiescorbútico y la pulpa de patata, curaron al enfermo en quince días.

3.ª El escorbuto consiste en una intoxicación producida por una alimentación nada adecuada que altera la sangre y los órganos hematopoiéticos, en particular la médula ósea; se producen derrames sanguíneos subperiósticos diversos, sobre todo en las extremidades inferiores y en las encías cuando las han perforado los dientes. Cura en poco tiempo por el trata-

miento antiescorbútico Es necesario no confundir el escorbuto con otra enfermedad, aun en los casos frustrados. Difiere por completo del raquitismo.

4.ª El escorbuto infantil es una afección rarísima en España. En veinticuatro años sólo he observado dos casos. Mis colegas del hospital y del dispensario de Barcelona, no han observado ni uno. En 479 enfermos que han acudido á mi dispensario en 1904, hubo 22 raquíticos y ningún escorbútico. En la Gota de leche de Barcelona, en veintiséis meses, durante los cuales fueron alimentados 1.562 niños, no se ha observado un caso de escorbuto. Desde 1892 se acostumbra á emplear con profusión en Barcelona la leche esterilizada en una granja para alimentar á los niños; á pesar de esto, no se ha observado un enfermo de escorbuto. Varios de mis colegas franceses creen que la leche esterilizada no produce el escorbuto. De los 379 casos observados en la América del Norte, 68 fueron debidos á la leche esterilizada, 16 á la leche pasteurizada y 100 á las harinas lacteadas. Pero ignoramos en qué condiciones se hizo la esterilización y tampoco sabemos si se agregaron á la leche esterilizada otras substancias alimenticias.

5.ª Se pretende explicar la pérdida de la propiedad antiescorbútica de la leche por la destrucción de los fermentos (leche mixta) y de sus condiciones bactericidas; por la disminución del ácido cítrico de la leche ó por la transformación en citrato cristalizado insoluble; por la alteración de la caseína; por la formación de amoníaco y por la peptonización de la leche.

6.ª La leche de mujer no es susceptible de producir el escorbuto; la leche esterilizada en condiciones normales es consumida en veinticuatro horas, como se hace en la Gota de leche de Barcelona, ó poco tiempo después, como ocurre en dicha ciudad; tampoco puede producir el escorbuto infantil. Tiene hechas ya sus pruebas.

7.ª Los alimentos causantes del escorbuto infantil son las manipulaciones de composición y las adiciones que se hacen á la leche, por ejemplo, las harinas y las mezclas alimenticias y otros productos que se venden con el título de «sustitutos de la leche materna», gracias á los cuales la enfermedad ha aumentado de un modo extraordinario últimamente.

8.ª El mejor medio de oponerse al desarrollo del escorbuto infantil consiste en aconsejar la lactancia materna, y cuando ésta es insuficiente, en ayudarla con la leche cruda de cabra administrada al mamar el niño, á fin de que los dos líquidos se mezclen en el estómago, ó en darla por separado; si este medio no puede ser empleado, se recurrirá á la alimentación artificial por medio de leche esterilizada de vaca, que si se emplea pronto y de buena manera, no produce el escorbuto y evita á muchos niños el hambre, la miseria y la muerte.

Profilaxis del raquitismo por las Gotas de leche.—El Dr. *Saint-Philippe* dijo que el mejor medio profiláctico del raquitismo es la lactancia materna vigilada. La leche cruda aséptica sin diluir es útil. Conviene no permitir que la Gota de leche adquiera el carácter de expendeduría de leche, aunque sea buena. Conviene también dar socorros para atraer á las madres.

El Dr. *Peaucellier* ha observado que la leche esterilizada industrialmente produce menos raquitismos que la leche esterilizada á domicilio. En su importante consulta de Amiens, sólo ha observado en cuatro años dos ó tres raquíticos.

El Dr. *Bayeux* dijo que la leche ordeñada con las precauciones asépticas y enfriada entre 1 y 2°, puede ser trasportada y conservada en una heladora durante dos días.

El Dr. *Gauchas* demostró la necesidad de añadir Gotas de leche á las Casas cunas, vigiladas por los médicos de éstas.

La Gota de leche de Madrid y la propagación de esta institución en España.— El Dr. *Ulecia* recordó sus anteriores trabajos sobre la mortalidad infantil y medios de remediarlas presentados al Excmo. Ayuntamiento de Madrid en 1902, en cuya época era miembro del Consejo Municipal de Sanidad. En dichos trabajos propuso, entre otros medios, la creación de *Consultorios de niños de pecho*, en los que se dieran consejos á las madres, la publicación de cartillas y folletos que contuvieran máximas de higiene infantil y la divulgación de los conocimientos de higiene por medio de conferencias populares.

Con objeto de divulgar los conocimientos higiénicos, publicó su *Cartilla higiénica para las madres*, de la que se han hecho numerosísimas tiradas, y que se reparte gratuítamente en Madrid á los pobres.

La fundación del *Primer Consultorio de niños de pecho en Madrid*, pudo hacerlo gracias al generoso desprendimiento de los señores marqueses de Casa-Torre y á la valiosa cooperación de S. M. la Reina Regente. Antes de inaugurarlo visitó las principales instituciones de este género de Francia y Bélgica, para estudiar su organización. El Consultorio se inauguró el 22 de enero de 1904 en un local adecuado para este objeto. A la solemne inauguración asistió S. M. la Reina y varias personas de la Real familia, las damas más distinguidas de la aristocracia y numerosos médicos, resultando el acto grandioso y digno de la institución que se inauguraba.

El *Primer Consultorio de niños de pecho en Madrid* disfruta una vida próspera, y está sostenido por donativos y por suscripción, á la que contribuyen todas las clases sociales. El Excmo. Ayuntamiento de la capital le subvenciona con 10.000 pesetas anuales. Además figuran entre los ingresos los que se obtienen de la venta de leche, cuyo precio varía desde 10 céntimos de peseta á una peseta la *ración diaria* de cada niño, según la posición social de este.

En el Consultorio, no sólo se proporciona leche de buena calidad, que se esteriliza en el Establecimiento, sino que los lunes y miércoles se dan consejos á las madres pobres, enseñándolas á criar sus hijos, y los jueves á las madres de la clase rica. Además, en los restantes días de la semana tienen establecida en él una consulta para los niños de pecho *enfermos*, de la que están encargados distinguidos pediatras.

El entusiasmo por las Gotas de leche es grandísimo en España, y en la actualidad cuentan con establecimientos de este género, poblaciones tan importantes como Barcelona, Bilbao, San Sebastián y Logroño. Donde no ha sido posible establecerlas, se han creado *Consultorios de niños de pecho*, como en Valencia, Pamplona y Tortosa, y se están haciendo trabajos preparatorios para establecerlos en Zaragoza, Vitoria y Mahón.

Para comprender las grandes ventajas que reportan estos consultorios, basta citar lo ocurrido en la Inclusa de Tortosa. La mortalidad en ella era antes de 51 por 100.

Desde 1904 el Dr. Vilá ha puesto en práctica los consejos que consigna el Dr. Ulecia en su *Cartilla higiénica para las madres*, y la mortalidad ha disminuído á 17'5 por 100.

Antes padecían *diarrea* el 75 por 100 y ahora sólo el 16'8 por 100; acusaban *debilidad congénita* antes el 56'7 por 100 y ahora únicamente el 10'8 por 100.

Desde que se inauguró el Consultorio de Madrid en 22 de enero de 1904, al 30 de septiembre de 1905, se han inscrito en él:

En la Consulta de los lunes	449
— — de los miércoles	253
— — de los jueves	449
Que hacen un total de	1.151

La clase de lactancia ha sido:

Lunes (clase pobre)	Criados al pecho	38 por 100
	— con leche mixta	36 —
	— con biberón	25 —
Jueves (clase rica)	Criados al pecho	66 y ½ por 100
	— con leche mixta	24 —
	— con biberón	9 y ½ —

En la *Gota de leche* de los miércoles acudieron 253 niños criados con

Lactancia materna	6
— mixta	111
— biberón	127
No llegaron á tomar la leche por diversas razones	11

Como se ve por esta estadística, la tendencia predominante en las madres madrileñas es criar á sus hijos empleando la lactancia materna ó la mixta, acudiendo sólo en caso de absoluta necesidad á la lactancia artificial.

En resumen, cree el Dr. Ulecia, que para resolver con fruto el grave problema de la mortalidad infantil es preciso, indispensable:

1.° Propagar la creación de *Consultorios de niños de pecho*, dirigidos por médicos competentes.

2.° Anexionar á cada Consultorio una Gota de leche á fin de proveer de buena leche, ya sea cruda, hervida, pasteurizada, maternizada ó esterilizada, á las madres que no puedan amamantar á sus hijos.

3.° Difundir por medio de conferencias populares, folletos ó la prensa, los conocimientos generales de higiene, muy especialmente, lo relativo á la primera infancia.

Papel filantrópico de una Gota de leche. — El Dr. *Grasset* dijo que á pesar de las Gotas de leche subvencionadas, hay otras que no reciben subvención alguna y que sólo cuentan con sus recursos para sostenerse. Una de ellas es la que ha fundado el Dr. Grasset, en Tours, y cuya fundación costó 6.000 francos.

Los niños están repartidos en categorías, según la fortuna de las familias.

Pagan 30, 40 ó 60 céntimos por litro de leche esterilizada. Además, las personas pudientes hacen donativos para los pobres.

Organización filantrópica de las Gotas de leche. — El Dr. *Dufour* dijo que habrá siempre madres que no puedan lactar á sus hijos, bien por razones físicas ó fisiológicas se halle comprometida, ó por razones sociales. La Gota de leche permite á las madres abandonar su domicilio en la seguridad de que su hijo queda bien cuidado. La permite suprimir la nodriza mercenaria, y presta así un doble servicio: supresión de la nodriza, que es un abuso, y de la lactancia mercenaria, que expone el niño á contagio. No es el ideal, pero sí la transacción necesaria de nuestra época. La Gota de leche debe estar abierta para todos, en particular para la clase proletaria, pero también para la acomodada; todas las madres pueden acudir á la Gota de leche para aprender á criar sus hijos; es un foco de emulación mutua.

La remuneración ligera por la leche consumida es la salvaguardia de la dignidad de los asistidos. Los ricos adoptan á veces niños pobres, pupilos cuya asistencia aseguran. Es una obra moral en acción, es una obra social, porque la mortalidad disminuye.

La Gota de leche en Buda-Pesth, Buenos Aires y Argel.—Los Dres. *Deutsch*, *Davel* y *Stumpf*, hicieron la historia de la fundación de las Gotas de leche en Buda-Pesth, Buenos Aires y Argel.

Leche fresca estéril.—El Dr. *Luici* dijo que los médicos se preocupan mucho de la alimentación de las nodrizas y muy poco de la de las vacas destinadas á suministrar leche á los niños. En el *lactarium* de Versalles se atiende de un modo especial á las vacas de sus establos, se las ordeña en una sala especial, donde se embotella la leche directamente. La vaca cuya leche se destina á un niño de pecho, no debe ser una máquina de segregar leche, sino una nodriza á la que se debe cuidar y alimentar como tal.

Modo de funcionar de la Gota de leche en el dispensario Hurtado-Heine. — El Dr. *Picard* expuso los resultados obtenidos en este dispensario. El estado de los niños al ingresar en la Casa cuna varía bastante según su modo de alimentación; los niños amamantados ingresan en buen estado y los criados con biberón llegan en estado lamentable.

El profesor *Escherich* ha conseguido hace un año organizar un verdadero servicio para la distribución de leche esterilizada y hospitalización de los niños de pecho. Apeló á la caridad privada. Gracias al patronato de una Princesa imperial de Austria y á la colaboración de las señoras de la alta aristocracia de Viena, consiguió reunir 60.000 florines para atender á los primeros gastos de instalación. El edificio está contiguo al Hospital de Santa Ana para niños enfermos (Viena). Están agregadas á él jóvenes que aprenden á cuidar á los niños y á vigilar su alimentación, y que después prestan servicios en las casas particulares.

El Dr. *Neumann* manifestó que el Municipio de Berlín había decidido crear este mismo año obras de protección para los niños de pecho. Hay cuatro Gotas de leche anejas á los dispensarios para niños ó á las policlínicas. La que dirige el Dr. Neumann es la más importante.

Diversos modos de esterilización, pasteurización, método de Schlet. Esterilización industrial.—El Dr. *Levraud* dijo que la leche, aun bien ordeñada, se contagia con tanta facilidad que es necesario esterilizarla. En los grandes

centros, la necesidad de un largo viaje para la conducción de la leche y las manipulaciones obligatorias, exigen la esterilización á una temperatura elevada á 110°. En los centros pequeños, es preferible la pasteurización á 75° en frascos pequeños. La dificultad es el gran número de biberones que se rompen. Explicando el método y empleando personas inteligentes, es sólo como se consigue romper menos biberones.

Tres procedimientos prácticos de reconocer que la leche es fresca y pura.—El Dr. *Lust* manifestó que para reconocer si una leche es fresca y pura, pueden emplearse tres procedimientos:

1.° El ácido butirómetro: la mezcla de ácido sulfúrico y de leche á partes iguales, disuelve todos los elementos de ésta, excepto la grasa; agregando entonces ácido butírico, se hace la grasa más aparente.

2.° La crioscopia: el punto de congelación normal de la leche varía —0'55 y —0'56. Si este punto desciende, es porque la leche contiene productos anormales; se eleva cuando se agrega agua á la leche.

3.° El acidímetro indica su frescura; la leche normal tiene cierto grado de acidez; si le supera, es porque principia á agriarse.

Las Gotas de leche en San Petersburgo.—La Dra. *Margouliés* dijo que la mortalidad infantil tiene poca importancia en la cuestión social para llamar la atención del Gobierno, y sin embargo, en Rusia merece llamarla. En San Petersburgo no han podido vivir cuatro ó cinco consultas de niños de pecho por falta de medios materiales; sólo ha podido subsistir una.

El Congreso admitió por unanimidad la siguiente definición de la Gota de leche: «La Gota de leche es una institución que lucha contra la mortalidad infantil por todos los medios posibles:

1.° Da consejos á las madres.

2.° Favorece la lactancia materna.

3.° Distribuye leche cuando la lactancia materna es nula ó insuficiente».

Considerando que habrá siempre mujeres que no podrán criar á sus hijos, y que pertenecen á la clase menesterosa, el Congreso propone:

1.° Que los poderes públicos adopten todas las disposiciones convenientes para disminuir el número de madres que no puedan amamantar á sus hijos.

2.° Que las Gotas de leche sean propagadas lo más posible.

3.° Que toda Gota de leche tenga una dirección médica.

4.° Que los poderes públicos favorezcan su desarrollo.

5.° Que faciliten por todos los medios la vulgarización de la higiene infantil.

6.° Que se decreten leyes enérgicas en todos los países para vigilar la leche destinada á los niños de pecho.

7.° Que se cree una *Unión internacional de las Gotas de leche*, domiciliada en Bruselas, donde se celebrará en septiembre de 1907 el *Segundo Congreso de las Gotas de leche*.—F. Toledo.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la sarna.—El Dr. J. S. Howe recomienda contra la sarna una combinación de tres medicamentos, cada uno de los cuales basta para destruir el acarus:

Beta-naftol	4 gramos.
Azufre	8 —
Bálsamo del Perú	aa. 4 gramos.
Vaselina	

Se usa en fricciones; los vestidos deben desinfectarse por el calor.

En los niños es utilísima la fórmula siguiente recomendada por Dühring:

Azufre	4 gramos.
Bálsamo del Perú	2 —
Manteca	4 —

Para los niños basta espolvorear una cucharada de azufre por las ropas de la cama y aplicar sobre los dedos, las muñecas, las nalgas y las rodillas, una cantidad pequeña de pomada sulfurosa.

El Dr. Jullien dice que el bálsamo del Perú, aplicado tópicamente por la noche y lavado por la mañana, es un agente anti-escabrioso, sencillo y eficaz.

El Dr. Hardaway recomienda la pomada de Kaposi, que se compone de

Naftol	aa. 15 gramos.
Jabón verde	
Cal en polvo	10 —
Manteca benzoinada	75 —

En los casos de duda debe emplearse siempre el azufre.

La *loción carmesí*, tan útil contra el eczema en el período exudativo y contra varias formas de dermatitis, puede emplearse en este caso combinado con azufre en la forma siguiente:

Calamina	aa. 30 gramos
Oxido de zinc	
Azufre	60 —
Acido fénico	15 —
Glicerina	45 —
Agua, c. s. hasta formar	480 —

Se agita la mezcla antes de usarla y se aplica con una muñequilla de trapo mañana y noche.

(*Boston Med. and Surg. Journal*, junio 1905).—F. Toledo.

Tabes sensitiva y trófica.—El Dr. Pirrone estudia, con motivo de un caso de lesiones articulares graves, la cuestión, aún muy debatida, de la tabes sensitiva y trófica. En dicho caso el síntoma inicial fueron los dolores lancinantes, que juntamente con las parestesias, constituyeron por mucho tiempo el único síntoma subjetivo y funcional. A todo esto, no había nin-

gún trastorno motor hasta que se presentaron las lesiones articulares típicas y clásicas en el sitio de los dolores lancinantes. Las alteraciones de la sensibilidad y las lesiones articulares están distribuídas proporcionalmente en ambos miembros, pero sin ser simétricas. En el miembro izquierdo había una distrofia articular grave, con anestesia absoluta térmica y dolorosa; en el derecho, ligera distrofia articular con hipoestesia para el calor y para el dolor. Estos fenómenos se explican por haberse extendido el proceso á las astas posteriores y á la substancia gris media de la médula.

En todos los casos de artropatía tabética es un hecho constante la aparición precoz y la persistencia rebelde de los dolores lancinantes en el sitio de la lesión articular. Esta particularidad es muy importante, porque se observa también el mismo fenómeno en otras afecciones, v. gr., la siringomielia.

Parece, por lo tanto, lo más probable que cuando se dan en la médula de un tabético las condiciones que, por causas que ignoramos, hacen posible la difusión del proceso patológico desde la substancia blanca á la gris, se reunen también las condiciones anatómicas necesarias para que se presenten los dolores lancinantes fugaces ó bien que cuando en la médula se extiende la lesión de los cordones posteriores á la substancia gris media y posterior, existe también una lesión de las zonas radiculares. De hecho hay casos en los que la lesión anatomopatológica permanece limitada, por causas que ignoramos hasta ahora, á las vías conductoras de la motilidad; en estos casos se trata de una tabes motora.

Así como por causas que no conocemos el proceso tabético se puede localizar en la porción dorsolumbar de la médula, ó bien en la cervical y lumbar, así tampoco debe chocarnos que una lesión de los cordones posteriores que se extiende á la substancia gris vaya acompañada siempre de una alteración de las zonas radiculares, y por lo tanto, que así como la tabes trófica va acompañada siempre de la sensitiva, la forma motora sea generalmente pura y no muestre tendencia á invadir la substancia gris y las zonas radiculares.

De esta manera se explica el hecho, que ha hecho notar antes que nadie Brissaud, de que la tabes motora no dé origen á artropatías, y en cambio, se observen siempre éstas en los casos de tabes sensitiva.

(*Riforma medica*). — R. DEL VALLE.

El agua de mar contra los callos y las verrugas.—Un médico inglés, el doctor Everschid, dice que no hay tratamiento más sencillo y eficaz contra los callos y las verrugas que los baños calientes locales con agua de mar. Los que viven lejos de la playa, pueden sustituir el agua de mar disolviendo en agua caliente la cantidad necesaria de sal común. Los baños deben tomarse diariamente ó cada dos días por espacio de tres minutos cuando menos. A los 15 baños, por término medio, los callos ó las verrugas están reblandecidos y se desprenden con la mayor facilidad. Las verrugas de la cabeza se tratan por la aplicación de compresas empapadas en agua de mar. A las pocas semanas de este tratamiento no quedan ni verrugas ni cicatriz en el sitio que ocupaban.—(*British. Med. Journal*). — F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UN CASO DE LINFADENIA LEUCÉMICA

POR EL DOCTOR

D. MANUEL VILÁ

Socio correspondiente de la Academia de Medicina de Barcelona.

Hay momentos en el ejercicio de la medicina en los que el más terrible desaliento se apodera de nuestro ánimo; son aquellos en que se presenta ante nosotros un paciente con el diagnóstico perfectamente establecido, con todo género de seguridades y robustecido con la autoridad de eminentes prácticos, y en que el pronóstico es fatalmente mortal.

Tal me aconteció hace próximamente dos años al presentárseme, reclamando mis cuidados, una joven procedente de Montpellier, donde había permanecido algún tiempo en dos distintas clínicas, y anteriormente había sido asistida por diferentes compañeros de Barcelona. Como datos de esta peregrinación clínica, aportaba una nota del malogrado Dr. Robert, último que la había asistido en Barcelona, poco antes de morir el citado doctor, y cuyo contenido era: «linfadenia leucémica mixta, en su principio lienal; proporcionalidad entre glóbulos rojos y leucocitos, 1 á 75». Trasladada á Montpellier, permaneció en dos distintas clínicas, no constando en las notas que presentó los nombres de las mismas ni los Profesores que la habían asistido, aunque según todas las probabilidades, eran de la Escuela de Medicina; en dichas notas constaba idéntico diagnóstico que el del Dr. Robert, con la única diferencia que en el examen de la sangre una de las notas daba la proporcionalidad entre glóbulos rojos y leucocitos de 1 á 54 en la primera y 1 á 32 en el segundo, mediando de un examen á otro cinco meses, es decir, que la

enfermedad iba progresando rápidamente. Además, en la última nota se hacía constar que entre los elementos figurados normales de la sangre se notaban las anormalidades de hematíes nucleados y alteraciones en los leucocitos, que no se indicaba cuáles fueran. De todos modos, resultaba siempre que la desproporción entre blancos y rojos no era de las más marcadas y fatales que señalan los autores de 1 á 20, 1 á 10 y hasta 1 á 2; el caso, pues, parecía dar lugar cuando menos á luchar por la prolongación de la vida, ya que por otra parte la lentitud relativa con que se había desarrollado la enfermedad hacía esperar continuase su marcha en igual forma.

Las condiciones personales eran las de una joven de veintiocho años, bien desarrollada, estatura alta, morena; había menstruado á los catorce años, y desde aquella época hasta poco después de iniciarse la enfermedad, no ha habido alteración cuantitativa ni cualitativa en el flujo. Antecedentes morbosos personales no traía ninguno absolutamente fuera de los referentes á su enfermedad; únicamente manifiesta que siendo niña padeció el sarampión, que evolucionó normalmente. De sus padres y demás parientes, ascendientes ó colaterales, no da más relación patológica que la de que su padre y madre padecieron el cólera en 1885, y su padre una pulmonía en época posterior. Su madre ha tenido seis hijos más, de los cuales uno murió pequeño á consecuencia de difteria, y los demás disfrutan completa salud. Quedaba, pues, descartada toda causa de enfermedad infecciosa; ni en la enferma ni en la familia había el más ligero rastro de disentería, tuberculosis, cáncer, fiebre tifoidea, sífilis, alcoholismo ni ninguna de las que pueden determinar temporalmente una leucocitosis.

Continuando la inquisitoria en su género de vida, encontramos que esta joven desde niña había vivido en el monte entre pinares, sin penalidades, y si no con muchas comodidades, no viviendo recargada de trabajo y con una alimentación suficiente, pues que los recursos de la familia lo permitían.

El comienzo de la enfermedad databa del mes de mayo de 1901; en esta época comenzó á notar una debilidad creciente, que la ocasionaba una extraordinaria fatiga al efectuar cualquier ejercicio, á poco que se prolongase, cuando antes hacía sin cansancio ninguno excursiones por el monte de tres y cuatro horas. Luego se presentó una decoloración notable de la piel y mucosas, á pesar de estar casi continuamente expuesta á la acción de los rayos solares, y la piel de la cara con una distensión cual si se encontrase edematosa. En

el pueblo de la Cenia, donde se presentaron estos fenómenos iniciales, se juzgó como una clorosis, y en tal concepto se dirigió el tratamiento, que continuado por dos meses, no dió resultado alguno, antes al contrario, continuaron agravándose los síntomas; en su vista, se determinó pasar á ésta, donde una protectora la acogió, estando bajo un régimen eminentemente nutritivo y con todo género de comodidades; las molestias con todo se acentuaban, y consultado otro facultativo, hizo indicación sobre posibilidad de una nefritis, estableciéndose el tratamiento adecuado á ella, al paso que se sometía á análisis su orina, que lo único que presentaba era un ligero exceso de ácido úrico, por lo que, y en vista de la dieta láctea exclusiva parecía aumentar los síntomas, se creyó, en una junta celebrada, en la posibilidad de un paludismo larvado, fundándose, además, en el aumento progresivo del bazo, que se notaba hacía algunas semanas; esto originó una nueva orientación en el tratamiento, mas todas las sales de quinina no dieron el menor resultado, los síntomas continuaban acentuándose y se presentaban como nuevas neuralgias, no muy frecuentes, en el trigémino y alguno que otro vómito en las comidas un tanto abundantes. Trasladada á Barcelona después de divagar un tanto en diagnósticos y tratamientos, se fijó por el Dr. Robert y otros que no recuerda la enferma, el que dejamos transcrito, empleándose entonces el licor arsenical de Fowler. Por asuntos de familia se vió precisada á trasladarse á Francia y próxima á Montpellier, se estableció en dicho punto, sujetándose á los cuidados facultativos en dos distintas clínicas, de las cuales trajo el diagnóstico que dejamos indicado. Según relación de la enferma, lejos de mejorar, las molestias fueron en aumento, siendo mucho más frecuentes é intensas las neuralgias y los vómitos, notando, además, la presencia de tumores ganglionares en distintas partes del cuerpo.

En vista de que su estado empeoraba de día en día y del fatal pronóstico que por cuantos la trataban se indicaba, la reclamó nuevamente la señora que en ésta la había tenido en el principio de la enfermedad, á lo que accedió su familia, temerosa de que luego fuese imposible trasladarla y deseando muriese en su tierra. Al regresar á ésta y encargarme de su asistencia, su estado era en extremo lamentable; el enflaquecimiento era grande, la astenia tan marcada, que no le permitía mantenerse en pié, los tegumentos con una palidez marcadísima y los edemas por declive muy pronunciados; el bazo ofrecía un desarrollo enorme, llenando gran parte de la cavi-

dad abdominal izquierda; el aumento del hígado no era muy acentuado; en diferentes puntos se presentaban ganglios linfáticos extraordinariamente desarrollados, siendo los que más se distinguían por ello los de la cadena del cuello, los axilares izquierdos, y en el examen y palpación del abdomen, en lo que el bazo lo permitía, los de los alrededores del estómago; las amígdalas se presentaban también extraordinariamente hipertrofiadas.

La alimentación era casi imposible por la extrema repugnancia de la enferma á tomar todo género de alimento, aumentada por el temor á los vómitos pertinaces y continuos, fuese cual fuere el género de alimentación que se adoptara, revistiendo los vómitos un carácter que pudiéramos considerar como cerebral, pues que se producían por regurgitación, sin género alguno de esfuerzo, logrando sólo que se retuviesen pequeñas porciones tomando el alimento en decúbito lateral izquierdo y permaneciendo la enferma en la más completa inmovilidad. Las deposiciones eran de ocho á diez al día, pero se sucedían en el intervalo de doce á catorce horas, transcurriendo luego dos ó tres días sin ninguna, presentando alguna de ellas vestigios de hemorragia intestinal. La enferma se encontraba en un estado soporoso continuo, del que sólo salía en los momentos de los accesos de la neuralgia del trigémino izquierdo, que se presentaban con gran frecuencia, dándose el caso de observarse seis y ocho en las veinticuatro horas, con duración varia de media á una hora, siendo éste el síntoma que más la hacía sufrir.

El examen de la sangre reveló un aumento de glóbulos blancos con relación á los rojos en una proporción de 1 por 19, alteración de proporcionalidad determinada por un aumento en absoluto de los primeros y una disminución de los segundos, contribuyéndose de este modo por ambas partes á alterar más profundamente la proporcionalidad fisiológica entre ambos, pues que los rojos aparecían en número de 1.000.000 y los blancos de 50.000. Además de los elementos figurados normales, se encontraron hematíes nucleados, y los leucocitos se encontraban aumentados en sus tres variedades, pero no fué posible descubrir en su protoplasma las granulaciones grasosas.

Con tales antecedentes, semejates datos y cuadro de síntomas, y con el apoyo de las autoridades médicas que habían dado su opinión, el diagnóstico parecía que podía con todo fundamento fijarse de conformidad al de Barcelona y Montpellier; ante él nos considerábamos totalmente desarmados y condenados á ver morir á la en-

ferma en medio de la impotencia terapéutica. Con todo, precisaba hacer algo, cuando menos para quitar sufrimientos á la enferma el tiempo que le quedase de vida, y en tal concepto nos dirigimos á combatir los dos síntomas que más la hacían sufrir, las neuralgias del trigémino y los pertinaces vómitos; contra unos y otras se apeló á la morfina, bromuro, cloral y otro sin fin de sucedáneos, pero con resultado completamente nulo; sólo como queda indicado, en el decúbito lateral izquierdo era posible la retención de pequeñas porciones de alimento, y las neuralgias calmaban por un medio puramente mecánico, cuyo buen resultado había observado la misma enferma: dicho medio consistía en poner sumamente tirante hacia abajo y adelante los tegumentos de la región cervical izquierda por medio de un pañuelo atado fuertemente á la cabeza y hombro derecho. Por estos procedimientos vimos, pues, disminuir los sufrimientos, y al tolerarse los alimentos, se nos presentaba el medio de ir sosteniendo las fuerzas. Esto último lo intentamos principiando por pequeñas porciones de crema helada, que fuimos aumentando hasta lograr ingerir en el espacio de veinticuatro horas dos litros de leche y 24 huevos, á lo que añadimos muy pronto cucharadas de jugo de carne preparado en el acto mismo de administrársele á la enferma, y ante la imposibilidad de forzar más el trabajo del estómago, ayudamos la alimentación con enemas de sangre desfibrinada, de la que llegó á recibir la enferma hasta 600 gramos en dos ó tres enemas, reteniéndolos perfectamente por diez ó doce horas, presentándose luego deposiciones un tanto modeladas y tan sólo dos ó tres al día. Bajo este régimen siguió ocho días más, viendo que el segundo sólo se presentaron dos vómitos, el tercero ninguno, el cuarto uno, no volviendo en los cuatro restantes, pero teniendo la precaución de no cambiar la posición que dejamos indicada cuando menos hasta una hora después de ingerir el alimento; la diarrea al tercer día quedó limitada á dos ó tres deposiciones diarias. Aun cuando el resultado animaba á seguir el mismo plan, el deseo de adelantar más rápidamente me inclinaba á auxiliarle con una medicación apropiada, pero encontramos que en su correría clínica había ya agotado todo el arsenal terapéutico; mas buscando los principios medicamentosos que pudieran encontrarse en los alimentos que tomaba, que, aparte de la nutrición, pudieran contribuir al alivio relativo que se notaba en la enferma, me fijé particularmente en el fósforo, por la lecitina de los 24 huevos, y en tal concepto, en la imposibilidad de forzar más el número de los que tomaba, pensé en reforzar

su acción con la lecitina. El arsénico se había usado en diferentes preparaciones en todas las clínicas y consultorios que había recorrido, pero á dosis que era preciso limitar, por lo que, con objeto de aumentar más la acción, apelé al arsénico orgánico ó arrhenal, llegando á dosis progresivas hasta 75 centígramos de cada substancia.

A los quince días del uso de esta medicación y veintidós del régimen alimenticio, la enferma había mejorado notablemente, podía tomar su alimentación sentada, las deposiciones eran normales, las neuralgias apenas si ocasionaban pasajeras molestias, el área del bazo había disminuído en más de un tercio, algunos de los ganglios habían recobrado su volumen normal y las fuerzas se recobraban, aunque con lentitud. En este estado se comienza á ensayar la alimentación sólida, alguna porción de pescado y sopa, que toleró perfectamente y que tomó con apetito, continuando aumentando la cantidad de pescado fresco, pues que manifestaba aún cierta repugnancia por la carne, y se permitieron algunas frutas y queso. Diez días más transcurridos bajo este método proporcionaron á la enferma fuerzas suficientes para dejar la cama y dar algún paseo por el jardín, permitiéndose ya luego todo género de alimentos, pero haciendo que predominasen de un modo especial los huevos y el pescado, pues que además de ser más del agrado de la enferma, por propia manifestación de la misma notaba que el día que por algún motivo sustituía estos platos por otros, se encontraba más molesta. Un mes más se continuó con idénticos procedimientos, suprimiendo tan sólo los enemas de sangre y disminuyendo lentamente la dosis de lecitina y arrhenal, que al mes quedaron completamente suprimidos, siendo dada de alta, no sin que antes se sometiese á un detenido examen, el cual dió por resultado poner de manifiesto la desaparición completa de la hipertrofia del bazo, los ganglios habían recobrado todos su volumen normal y las amígdalas se encontraban retraídas entre los pilares. El peso de la enferma había aumentado desde el principio del tratamiento al momento de darle de alta en 10 kilos; los edemas habían desaparecido. Finalmente, el examen de la sangre dió el resultado de una proporción de un leucocito por 470 hematíes y el número de 5.200 leucocitos por mm^3 y 4.780.000 de hematíes.

Podíamos, pues, considerar la enferma curada, ya que nada anormal se notaba en ella, y por lo mismo dimos por terminado el tratamiento, bien que aconsejándole persistiese con análogo régimen

alimenticio y cada mes hiciese uso una vez de la fórmula indicada de lecitina y arrhenal. Con frecuencia he tenido ocasión de ver á esta joven, que desde el mes de agosto de 1903 no ha vuelto á experimentar ninguna molestia y se encuentra agil y robusta. En febrero del corriente año se volvió á practicar un detenido examen de la sangre, que presentaba condiciones fisiológicas, y su bazo y ganglios el desarrollo normal.

En cuanto á la interpretación que pueda darse á los síntomas que se manifestaron en esta enferma, eran la mayor parte de ellos los generales de la enfermedad, falta de vitalidad y energía funcional, que viene justificada, pues que siendo nuestros órganos como quien dice aerobios, y encontrándose por ser fijos en la imposibilidad de recoger del medio ambiente los elementos para su oxigenación, necesitan un intermediario que se los trasporte, y este intermediario falta en gran parte en esta enfermedad, pues que los hematíes se encuentran en número deficiente, y los que quedan con una relativa pobreza oxigenante, creemos, pues, que ésta es la base de las principales manifestaciones de la enfermedad. Mas se nos ofrecen dos síntomas que por su modo especial de manifestarse, así como por la forma en que se logró su alivio, requieren una explicación especial. Es el primero la molestísima neuralgia facial y el procedimiento que empleaba la enferma para aliviarle, y que pudiéramos admitir obraba de igual modo que en el tratamiento de las neuralgias por el estiramiento. Cuanto á los vómitos, pudiera admitirse que la enorme masa del bazo hipertrofiado, al colocarse la enferma en decúbito supino, y sobre todo lateral derecho, basculando caía sobre el estómago, y ó bien por compresión directa ó intermedia del plexo coronario estomático, daba origen á dicho síntoma, pareciendo comprobarlo el hecho de que aun en el decúbito lateral derecho se aliviaban los vómitos si se sostenía con los dedos introducidos entre estómago y bazo la masa de modo que no llegase á cargar sobre el estómago.

Cuanto á la evolución que la enfermedad siguió en esta joven, difícil es colegirlo; para ello sería preciso conocer la naturaleza íntima del proceso y la correlación de causa á efecto, hoy en día aún muy obscura. Cierto que el microscopio nos revela las alteraciones que nos permiten formular el diagnóstico, pero de aquí no pasamos. Hipótesis no han faltado, pero ninguna satisfactoria, pues que cada una de ellas se ha basado en supuestos funcionalismos de determinados órganos que no se han comprobado, así que vemos las opi-

niones contrapuestas de Virchow y Bennett combatidas por Vidal y Magnus Hus, que tampoco resuelven la cuestión, cuando este último califica la enfermedad de específica *sui generis*. Puede admitirse que la extraordinaria proliferación de leucocitos sea debida á la hipertrofia ganglionar y del bazo, pero queda el punto obscuro respecto á la causa de la disminución de los glóbulos rojos, pues que en primer término se nos presenta la cuestión de si es debida á un amortiguamiento en la génesis de los mismos, ó bien si persistiendo ésta normal, su rápida destrucción en el bazo hace que su número sea menor, es decir, ó por defecto de nacimiento ó exceso de mortalidad sobre la normal. Ahora bien, en tela de juicio el origen de los hematíes en el adulto y su evolución, ¿cabe pensar que los leucocitos, así como en el estado normal, según han demostrado Raubier y Cajal, se limitan á apoderarse de los detritus de los hematíes semidestruídos, en este caso, exaltada su acción destructora, la extiende hasta los hematíes íntegros? Es éste uno de los puntos obscuros respecto á la naturaleza íntima de la enfermedad; mas existe aún otro que no se ha determinado, es el relativo á la causa de la hipertrofia esplénica y ganglionar de donde proviene la proliferación excesiva de los leucocitos. Por analogía con lo que acontece en el paludismo por un lado y en la tuberculosis por otro, en las que es una causa específica la que determina las alteraciones esplénicas y ganglionares, que en cierto modo oponen una barrera á la invasión, no parecía muy aventurado suponer un agente especial que tambien obraría en este caso como sostiene Hus. Lo que hay es que la rareza relativa de esta enfermedad no permite multiplicar las observaciones y establecer una experimentación bien orientada, por lo que inevitablemente la marcha en el conocimiento de esta dolencia ha de ser lenta.

Respecto al éxito obtenido en esta enferma, no pudiendo dudar de un diagnóstico cierto, y ante las terribles sentencias de *fatalmente mortal* de Trousseau, *inevitablemente fatal* de Gilbert, el *enfermo muere sin remedio* de Dieulafoy, cabe preguntar si fué debido á circunstancias especiales de la enferma ó á la acción combinada de éstas con la alimentación y medicación usadas. En primer lugar, las circunstancias especiales de la enferma habían sido las mismas durante el curso de toda la enfermedad, y con todo, seguía ésta su marcha destructora; cuanto á la medicación, con competencia y dirección acertadísima se había usado en Barcelona y Montpellier, sin que se lograse detener un paso la enfermedad. ¿Cuál fué el ele-

mento añadido que determinó su curación? Para mejor contestar á esta pregunta, conviene que en detalle examinemos los diversos medios empleados; nos haremos cargo, en primer lugar, de uno, al parecer el más insignificante, los enemas de sangre, que dicho sea de paso, se administraron altos, penetrando el tubo hasta el colon descendente; ¿qué efectos pueden suponerse conseguidos con ellos? Aparte de los del suero, que pudo comprobarse absorbido perfectamente, tenemos los elementos hematoideos, que lo fueron en gran parte por la rica red linfática intestinal; éstos cabía suponer que en el conducto torácico calmasen la extrema voracidad leucocitaria, mientras que los leucocitos, al ponerse en contacto con ellos, viniesen ya con una acción atenuada y en cierto modo reducida muy próximamente á sus límites fisiológicos. En segundo lugar, tenemos la alimentación por la leche, huevos y jugo de carne; con ella ingresaban en el organismo elementos protéicos importantes y que venían á desempeñar acción principal, pero en especial debemos fijarnos en la lecitina, que por una parte ejerce acción indirecta por el intermedio del sistema nervioso en general, otra directa sobre el hematíe, que normalmente es rico en fosfatos y sales potásicas, que le permiten defenderse de la acción del plasma que tiende á disolver su hemoglobina y uniformar la composición salina de la sangre; contribuyendo, pues, la lecitina á una mayor fijación de fósforo, podemos admitir en este caso la probabilidad que influyó en el restablecimiento de las propiedades fisiológicas del hematíe. Finalmente, tenemos el uso del arrhenal cuando ya se había iniciado la mejoría, y cuya acción la explicaríamos por la que por punto general determinan las arsenicales, pero acentuada hasta su último límite por la relativa tolerancia del organismo para con estos preparados, podría admitirse aquí la hiperglobulia de Cuttler, fijándose el arsénico en los hematíes, impediría algo los cambios, permitiendo que el oxígeno se mantuviese á su vez más fijo en el hematíe hasta que éste llegase á su finalidad, y obraría al propio tiempo como agente de ahorro; más aún, dirigiendo su acción, hasta ahora no bien definida, sobre ganglios y bazo, produciría en ellos su reducción, devolviéndoles sus límites fisiológicos. Tengamos en cuenta también que entre la alimentación que luego se añadió se encontraba en grande escala el pescado, rico en fósforo, y que parece que por una selección instintiva era preferido por la enferma. No hemos de olvidar, finalmente, la acción importantísima de la luz solar, de la cual disfrutaba la enferma todas las horas que era posible, y el res-

pirar constantemente un aire renovado y rico en oxígeno. Tal es la explicación que en nuestro concepto cabe dar al mecanismo combinado de los diferentes medios empleados en la curación de esta enferma, sin que al enunciarle pasemos de meros supuestos, pues que ni nuestros conocimientos nos permiten teorizar con autoridad ninguna, ni nuestra corta práctica y falta de tiempo no nos dan lugar á la experimentación que requiere la comprobación de dichos supuestos teóricos.

Los que ejercemos en poblaciones de segundo orden, con los inconvenientes de las rurales y sin las ventajas de las grandes capitales, difícilmente podemos hacer otra cosa que acumular los primeros materiales para que los directores de la obra científica elijan los útiles y desechen los inservibles, siendo éste el único fin que nos hemos propuesto al publicar estas cuartillas.

LOS CONSULTORIOS DE NIÑOS DE PECHO

(GOTAS DE LECHE)

SU ORIGEN É IMPORTANCIA — NECESIDAD DE SU PROPAGACIÓN EN ESPAÑA

Conferencias dadas en el Ateneo de Madrid los días 16, 23 y 30 de Abril de 1905

POR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

Fundador del Primer Consultorio de niños de pecho, en Madrid.

(Continuación).

II

SEÑORAS Y SEÑORES: En la noche del pasado domingo no tuve tiempo, como visteis, más que de daros una ligerísima idea de la importancia que para todas las naciones en general, y para España en particular, revestía el problema de la *despoblación*. Me parece que llevé á vuestro ánimo la convicción de la necesidad que teníamos de preocuparnos en la resolución del pavoroso problema de disminuir la aterradora cifra de nuestra mortalidad infantil. Por falta de tiempo y sobra de materia, dejé para esta noche deciros lo que eran los *Consultorios de niños de pecho* ó *Gotas de leche*; *dónde tuvieron origen*; y, si podía, ocuparme también en haceros ver cómo funcio-

na el fundado recientemente en Madrid y daros cuenta de los que se han creado, ó están en vías de crearse, en otras provincias.

¿Qué son los Consultorios de niños de pecho ó Gotas de leche?— Una Institución benéfica que tiene el triple carácter de científica, humanitaria y caritativa. Institución que realiza dos de las más hermosas obras de misericordia: «enseñar al que no sabe» y «dar de comer al hambriento». Ya véis, pues, qué simpática resulta, cuán merecedora es de ser bien acogida y de que trabajemos todos con fé y entusiasmo para que eche hondas raíces en España y se propague, como ya acontece hoy en los demás países.

Los *Consultorios de niños de pecho* tienen su origen en Francia.

El importantísimo problema de la despoblación presentaba en la República francesa caracteres verdaderamente aterradores. Por una parte, su natalidad acusaba un continuo y alarmante descenso, figurando, como visteis la otra noche, en el *último lugar* del cuadro que os presenté (pág. 207). Por otra parte, su mortalidad alcanzaba una cifra bastante elevaba (pág. 209), y, por lo tanto, la nación iba marchando á pasos agigantados hacia su ruina.

En efecto, cada día es allí menor el excedente de la natalidad sobre su mortalidad, como lo demuestra de modo bien visible el siguiente cuadro:

Movimiento de población en Francia.

	Exceso de la natalidad sobre la mortalidad.
1861-1870	95.515
1871-1880	64.063
1881-1890	66.982
1891-1899	29.511
1900	25.988

Véis, que el decrecimiento es bien grande.

Y en cuanto al problema de mortalidad infantil, éste era, señores, verdaderamente pavoroso. Basta, para convencerse de ello, leer el notabilísimo trabajo de los Dres. Balestre y Gilleta de Saint Joseph: *Etude sur la mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France* de 1892 á 1897, impreso en París en 1901. En él vemos que sólo la mortalidad de niños de 0 á 1 ano, alcanza la enorme cifra de ¡167'10 por 1.000!

De ahí, señores, que el aterrador problema de la despoblación ha-

bía de preocupar hondamente á nuestros vecinos, y «no pudiendo los médicos, como dice el ilustre Dr. Variot, hacer nada para contener este descenso de la natalidad de Francia, que es una verdadera *monstruosidad* en Europa, comparada con las demás naciones, el papel de los pediatras se limita á luchar contra la mortalidad infantil» (1).

DR. P. BUDIN

El verdadero creador de los *Consultorios de niños de pecho* fué el Dr. Pedro Budin, cuyo retrato os voy á presentar.

Este sabio maestro, de rostro simpático, trato agradable, esmerada educación, profundos conocimientos y de un corazón excelente, fué quien, en 1892 hallándose encargado del departamento de Maternidad anejo al Hospital de la Caridad, de París, hizo que todas las semanas acudiesen con sus hijos las madres que daban á luz en

(1) *La Medecine infantil*, núm. 22, 16 noviembre 1904.

dicho establecimiento; las inscribía en un Registro, examinaba y pesaba al niño; hacía preguntas á cada una de ellas, en presencia de las demás, acerca de lo que le había acontecido al niño durante la semana, y les daba aquellos consejos que creía pertinente, resultando así una verdadera *Escuela de madres*, como ha calificado el Dr. H. Rothschild á esta Institución.

Hombre de posición holgada y, según os he dicho antes, de corazón bondadosísimo y generoso, premiaba de su peculio particular á las madres más limpias y cuidadosas, con envolturas y vestiditos para su hijo.

Como dice el Dr. Variot, «nunca será bastante el homenaje que se rinda al espíritu metódico de este gran maestro, que desde el primer momento ha llevado á la perfección la comprobación de la lactancia, ya se efectúe ésta con el pecho de la madre, ya con el biberón».

Algunos pretenden que antes de Budin, tuvieron su origen los Consultorios en la Maternidad de Nancy, porque el Dr. Hergott, profesor en ella, hacía que las que allí daban á luz, volviesen al cabo del primer mes de haber salido, para pesarles el hijo, y las gratificaba según el buen estado del niño. Pero una vez hecho esto, no volvían ya más á dicho Establecimiento.

Como véis, hay una notabilísima y transcendental diferencia entre lo que Hergott hacía, por mera curiosidad, y lo que metódica y regularmente hace el Dr. Budin.

Pocos meses después, otro médico ilustre, á quien no sólo Francia, sino la humanidad entera deberá eterna veneración, el Dr. Variot, profesor del *Hospital de Niños* de París, y encargado del *Dispensario de niños pobres* de uno de los barrios más populosos y miserables de la capital, *Belleville*, estableció una consulta para niños en lactancia, pero de distinto género que la de Budin, puesto que á ella acuden, en su inmensa mayoría, madres que no pueden amamantar á sus hijos y emplean la lactancia con biberón.

Diferéncianse también estas dos clases de Consultorios, en que el del Dr. Budin tiene carácter *oficial:* pertenece á la que allí llaman *Asistencia pública*, ó sea la Beneficencia, y el del Dr. Variot es de carácter *particular:* pertenece á la beneficencia *privada*, á un grupo de señoras caritativas que sufragan todos los gastos.

También se diferencian ambas consultas en que en la del Dr. Budin, la leche que se da para la lactancia mixta ó artificial á aquellos niños que no pueden ser amamantados por sus madres, es leche esterilizada en la Casa de Maternidad al baño de maría, siguiendo

el procedimiento de Soxhlet. A cada madre se entregan cierto número de botellitas que contienen la cantidad de leche que en cada mamada ha de tomar el niño, en tanto que la que se emplea en el *Dispensario de Belleville*, es leche esterilizada procedente de un establecimiento industrial, y á cada madre se le entrega una botella de medio ó un litro, y además un biberón graduado, original del Dr. Variot, para que ella, en casa, haga tomar al niño la cantidad de leche que el Profesor le ha indicado.

Prefiere el Dr. Variot este procedimiento al del Dr. Budin, porque es muchísimo más económico y exige menor número de empleados, cosas dignas de tenerse en cuenta en establecimientos de índole privada y cuando no se dispone de grandes recursos.

Yo os confieso ingenuamente que prefiero el procedimiento del Dr. Budin, aun cuando más costoso, y es el que he adoptado en el Consultorio de Madrid.

Merece, señores, el Dr. Variot todo género de elogios, porque se ha consagrado con ardoroso entusiasmo, con verdadero amor, á esta grande obra humanitaria, no sólo en el Hospital de Niños y en el Dispensario de Belleville, sino creando una Revista especial *La Clínica infantil*, encargada de propagar entre los médicos los conocimientos de esta rama especial de la medicina, con lo que está prestando un servicio de grandísima importancia á la ciencia y á la humanidad.

Dos años después, 1904, otro compañero no menos distinguido, que ejerce la profesión en uno de los pueblos más pequeños de la costa del Noroeste de Francia, *Fecamps*, médico de corazón generoso y amante de los niños, el Dr. Leon Dufour, tuvo la feliz idea de crear lo que él calificó con el sugestivo nombre de *Gota de leche*, recordando una famosa poesía de Musset. En la *Gota de leche* establecida por el filantrópico médico de Fecamps eran admitidas no solamente las madres pobres, sino las de mediana posición y las ricas; todas, absolutamente todas, eran copartícipes de los beneficios de obra tan hermosa y humanitaria; no había otra diferencia que el precio que abonaban por la ración diaria, el cual fluctuaba entre 75 céntimos las más ricas y 10 céntimos las más pobres; pero hay que tener en cuenta que en aquel pueblecillo la leche se vende á 17 ½ *céntimos el litro*, ¡lo que aquí en Madrid nos cuesta 80! Dufour hace pagar también, aunque poco, á la pobre, porque dice que «los padres no han de perder nunca la noción del deber que tienen de alimentar á sus hijos».

El nombre de *Gota de leche* cayó en gracia, generalizándose de modo extraordinario, y la Institución se extendió en seguida, primero por las cercanías de Ruán, del Havre y después por otros puntos de que luego os hablaré.

Yo no he querido aceptar este pintoresco nombre de *Gota de leche*, porque me parece que las cosas deben llevar el nombre que más clara idea dé del fin á que se les destina; debemos ponerlo al alcance de todas las inteligencias, hasta de aquellas más inferiores.

Como el bello ideal de la Institución creada por Budin no es otro que *educar á las madres ignorantes* para que crien mejor á sus hijos, y esta educación requiere una previa consulta entre la madre que relata al médico cuanto al niño acontece y el médico que examina, observa y da enseñanza á la madre, de ahí que con el nombre de *Consultorio de niños de pecho* llevamos á la imaginación de todo el mundo una idea más clara y perfecta de la principal misión de esta Institución, que es la *enseñanza*. La distribución de leche, ó sea la *Gota de leche*, debe ser considerada como un anejo, es decir, que un *Consultorio de niños de pecho* puede existir con ó sin *Gota de leche*, como así sucede, en efecto, y luego os daré cuenta de algunos de ellos.

Existe, señores, en la cuestión de lactancia, como en todas los de esta vida, su dualismo, sus rivalidades.

Los tocólogos, en su inmensa mayoría, llevados, claro es, del mejor modo de los deseos, pretenden que todas ó casi todas las madres pueden y deben criar á sus pechos á sus hijos, y en cambio, un gran número de médicos han dado en la errónea creencia de que son muy pocas las que, especialmente en las grandes ciudades, pueden ó deben amamantarlos.

En esto, como en todo, hay un justo medio.

La hermosísima campaña emprendida en Francia en favor de la lactancia materna, ha demostrado de modo bien evidente que, en efecto, el número de madres que pueden cumplir con tan sagrado deber es mucho mayor de lo que generalmente se viene creyendo.

La excelente obra del Dr. Budin *Le Nourrisson* y las de otros notables Profesores contienen datos de gran valor, con los que se demuestra que en multitud de casos, mujeres que *parecían incapaces* de lactar, *han podido*, siguiendo los consejos que les dieron, amamantar perfectamente á sus hijos. Yo mismo soy testigo en la actualidad de que es así, y podría referiros muchos casos vistos en el Consultorio de la calle de San Bernardo.

Mas adóptese el nombre de Consultorios ó el de *Gota de leche*, lo cierto y positivo es que esta nueva Institución ha venido á resolver el gravísimo problema de la despoblación, como lo demuestra lo ocurrido con nuestros vecinos los franceses, en cuyo país, según os he dicho, dicho problema revestía caracteres verdaderamente alarmantes, hasta el punto de que el Dr. Maurel, uno de los médicos sociólogos que más han estudiado esta cuestión, dice que de cada 850.000 nacidos, mueren anualmente 148.000 niños menores de un año, es decir, el 16 á 17 por 100.

Del 1.° al 4.° día	47.364
En el 1.er mes	51.659
En el 2.° —	19.140

ó sea en los *dos* primeros meses ¡70.799! y en los nueve últimos meses 62.403.

Son éstas, señores, cifras que explican claramente el por qué se han apresurado en Francia á multiplicar los *Consultorios de niños* y los tienen en tan gran número (pasan hoy en París de 30 y en provincias de 300), y no siéndome posible hablaros detallamente de todos, me limitaré luego á daros cuenta del resultado de algunos de ellos.

Mas la idea que ha de presidir en la creación de estos Consultorios á más de la humanitaria y caritativa, tiene que ser la idea *científica*, y no como en España se ha creído al principio, considerarlos como *expendedurías de buena leche*. ¡Así sucedió aquí en Madrid, donde á raíz de inaugurado nuestro Consultorio, acudían multitud de mujeres con botellas y cacharros á comprar por 10 céntimos un litro de leche!

No; como os he dicho, y hay que repetirlo muchas veces, la idea primordial que ha de presidir en la creación de estos Consultorios ha de ser *científica*. El día en que se les despoje de esta substancial condición, no se obtendrá de ellos todo el resultado que están llamados á prestar. La caridad puede hacer y hace ciertamente muchos beneficios socorriendo al pobre necesitado; pero no olvidemos lo que decía San Vicente de Paul: la *caridad cierra, á veces, mucho los ojos y abre demasiado las manos*, dando á entender que, en ocasiones, la caridad se ejercita mal. Y tenía muchísima razón.

No. Si las *Gotas de leche* se limitasen tan sólo á entregar á las madres leche y dejar que ellas la den insconscientemente á sus hijos; si no han de ser escuelas educadoras de madres, con el doble fin de

propagar la lactancia materna y metodizar, regularizar la lactancia, tanto materna como artificial ¡ah! entonces habría que decir con Peyroux: «Lejos de hacer un bien, pueden producir un mal» y «el dinero que en ellas se invierta, merece un empleo más práctico».

Hay, pues, que hacer esfuerzos para convencer á las autoridades y á los filántropos que deseen organizar Consultorios, que lo hagan sobre la base de que han de ser organismos científicos, *escuelas de educación materna* al par que establecimientos benéficos, y *que su principal misión* ha de ser propagar *la lactancia materna.* ¿Por qué? Porque, señores, ya lo he escrito como lema en el Consultorio de la calle de San Bernardo. «*Por grandiosos que sean los adelantos de las ciencias, la lactancia artificial jamás podrá competir con la lactancia materna. La madre, pues, deberá hacer supremos esfuerzos para amamantar á su hijo*».

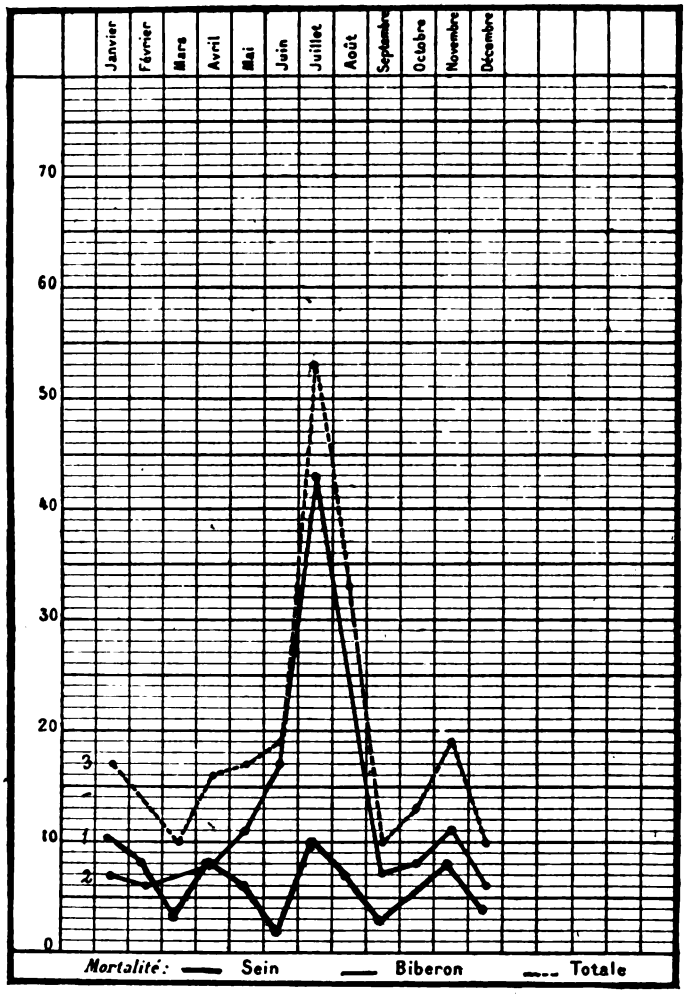
La mortalidad de los niños criados con el biberón ha sido siempre extraordinariamente superior á la de los criados al pecho, así es que llegó á decirse que «el biberón ha matado más niños que la pólvora adultos». Y aun cuando es cierto, ciertísimo, que con el progreso en los procedimientos seguidos hoy en la lactancia, con los cuidados que con ellas se tienen, con el empleo de la leche esterilizada, pasteurizada, maternizada, etc., esta mortalidad es menor, sin embargo, no por eso deja de ser muy superior á la mortalidad de niños criados al pecho.

Váis á ver ahora la prueba.

Como nosotros en España no hacemos estadísticas—ó al menos yo las desconozco—de lactancia materna ó artificial, de ahí que recurra á la que presenta en su magistral obra el Dr. Budin.

Aquí tenéis estos trazados que aparecen en el transparente.

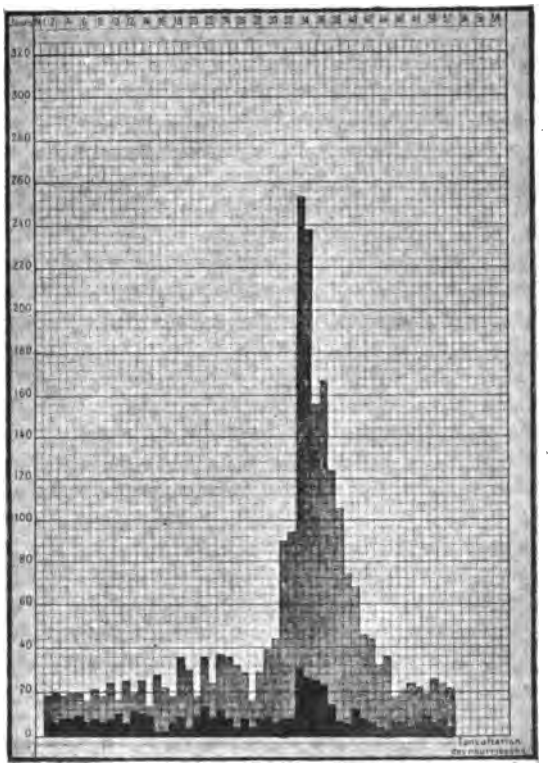
Representa este cuadro la mortalidad en París, durante cada uno de los meses del año 1896, de niños criados al pecho ó artificialmente.



El trazado núm. 1 corresponde á los niños criados al pecho; el número 2 al de los criados con biberón; el núm. 3 es la mortalidad tótal.

Observaréis que la mortalidad resulta mayor en los meses de *verano*, es decir, que allá como acá, como en todas partes, mueren más niños durante el estío que en las otras estaciones.

Para que se os quede más grabado en vuestros recuerdos, os presentaré otro cuadro, que viene á ser una especie de torre Eiffel.



La parte inferior más obscura representa la mortalidad de niños amamantados por sus madres; la otra más clara, es la de los criados con biberón. Ya véis, pues, qué diferencia más notable existe entre una y otra manera de criar á los niños; por esta razón los tocólogos, ó sea los médicos que asisten á partos, hacen campaña en favor de la *lactancia materna* y piden que los *Consultorios de niños de pecho* aboguen con fé y entusiasmo por este género de lactancia y no se conviertan en propagadores de la artificial, que sólo debe emplearse, como dice el Dr. Dufout « faut de mieux » (á falta de cosa mejor), esto es, cuando sea *completamente imposible* que la madre ó una buena nodriza críe al niño.

Claro es que, como dije en mi *Informe acerca de la mortalidad infantil* en Madrid, presentado al Ayuntamiento (1903) «..... la lac-

tancia mixta y la artificial seguirán siendo siempre de todo punto imprescindibles; y por grandes que sean los esfuerzos de los higienistas que las combatan, sobre todo á la *segunda*, no podrán jamás conseguirlo; de modo que lo que procede, lo que es indispensable y urgente llevar á cabo, es poner á la lactancia mixta y artificial en *buenas condiciones*, para que de ellas se obtengan los resultados satisfactorios como, en efecto, puede dar».

Así, pues, los *Consultorios de niños de pecho* como escuelas educadoras de madres, y las *Gotas de leche* como centros caritativos proveedores de leche de buena calidad, deben ser Instituciones hermanas llamadas á dar los excelentes resultados que están dando do quiera se han establecido.

Como es imposible que yo pueda daros á conocer todos ellos, me limitaré á hablaros de algunos nada más, pero que serán lo suficiente para llevar á vuestro ánimo la convicción de la utilidad de estos Establecimientos.

Veamos lo que ha acontecido en

PARÍS

En 5 de enero de 1904 leyó el Dr. Budin en la *Academia de Medicina* una notabilísima comunicación, redactada en colaboración con su discípulo Planchon, laboriosísimo auxiliar suyo, en la que trata de la alimentación de los niños de pecho, presentando datos estadísticos de verdadera importancia y haciendo luminosas consideraciones de gran valor. De ella entresaco las siguientes líneas: «En París, durante los años 1898, 1899 y 1900, deduciendo los niños enviados á criar fuera de la capital, murieron 20.282 de 0 á 1 año, es decir, 178 por 1.000. La mortalidad habida en nuestro Consultorio sólo fué de 46 por 1.000.

Comparando las causas de la mortalidad, resulta que fallecieron de

Afecciones pulmonares	En la ciudad	32	por 100
	En el Consultorio	17	—
— *contagiosas*	En la ciudad	18	—
	En el Consultorio	10	—
Otras causas	En la ciudad	65	—
	En el Consultorio	18	—
Aparato digestivo	En la ciudad	69	—
	En el Consultorio	0	—

Y termina diciendo: «Creemos que nuestros resultados son bue

nos. En efecto, el peso medio de los niños de nuestro Consultorio á los dos años es de 11 kilogramos. Los trastornos digestivos, la gastro-enteritis (*diarrea infantil*) casi han desaparecido por completo; aun durante los calores estivales, *no hemos perdido ni un solo niño de diarrea*. No hemos visto, por así decir, sobrevenir los accidentes que se han atribuído á la lactancia artificial, y que, en realidad, son debidos al abuso de la alimentacion: el vientre abultado, la dispepsia de la leche pura, la obesidad, el raquitismo, el eczema, etc. No hemos observado, hasta hoy, *ningún caso de escorbuto infantil*».

El éxito, señores, como véis, no puede ser más grande.

Veamos lo que nos dicen los distinguidos Dres. Bresset y Carel, encargados del Consultorio del cuarto distrito de la capital.

Estos señores han hecho una estadística de la mortalidad por *diarrea* en París durante el verano de 1904, comparándola con otros años, y resulta lo siguiente (1):

AÑOS	0 A 1 AÑO		1 A 2 AÑOS	
	Total.	Diarrea.	Total.	Diarrea.
1898.....	3.409	1.940 (49'7 por 1000)	1.049	285
1900.....	3.122	1.737	850	241
1904.....	2.649	1.383 (37'3 por 1000)	716	191

Es decir, una disminución muy notable, resultando que en el verano de 1904 la mortalidad comparada fué:

En París..... 37'3 por 1000
En el Consultorio..... 10'4 —

lo que les hace decir: «La *gastro-enteritis* es la más evitable de las enfermedades evitables», y «si con la leche esterilizada no podemos hacer desaparecer *completamente* la gastro-enteritis, á lo menos nos queda la satisfacción de que la hacemos *casi inofensiva*».

(1) *Revue pratique d'Obstetrique et Pediatrie*, noviembre 1904.

(Continuará).

BIBLIOGRAFIA

POR EL DOCTOR

DON SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital Provincial y Hospicio de Madrid.

Congestiones de la retina, por el Dr. D. Baldomero Castresana.

El Dr. Castresana, oculista bien conocido por sus trabajos oftalmológicos, acaba de publicar un folleto de 32 páginas sobre las congestiones de la retina, ya comunicado al último Congreso de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana.

El autor empieza por manifestar lo deficientes que resultan las descripciones que hacen de las congestiones de la retina casi todos los Tratados clásicos de oftalmología.

Divide la congestión papilorretiniana en *sintomática* y en *esencial*. Considera como causa de la primera las astenopías y las inflamaciones de las membranas internas del ojo, y de la segunda, el exceso de trabajo visual, la exposición de los ojos á la luz viva, la hiperemia cerebral, etc.

Dice que la congestión papilorretiniana esencial ó activa, se observa preferentemente de veinte á cuarenta años y en los individuos que, á causa de su profesión, tienen que hacer grandes trabajos de acomodación, como relojeros, estudiantes, cajistas, grabadores, etcétera.

La sintomatología de la congestión papilorretiniana, según el autor, es la siguiente: cefalalgia, moscas volantes y ciertas nebulosidades que dificultan el trabajo de cerca, estreñimiento de vientre y fotofobia. La agudeza visual oscila entre $^1/_{10}$ y $^2/_{21}$. Con lentes positivas mejora la visión, pero no se consigue una corrección completa.

En los emmétropes se presenta la hipermetropía, lo que explica el autor admitiendo que la congestión papilorretiniana aumenta el volumen de la retina hacia adelante y disminuye el eje anteroposterior del ojo. En los hipermétropes se acentúa más este defecto de refracción. En fin, en los miopes disminuye esta alteración en relación al acortamiento que experimenta el eje antero-posterior del ojo.

El campo visual en la hiperemia retiniana sufre poca modificación, pues sólo experimenta un pequeño estrechamiento. La papila

aparece enrojecida, los troncos arteriales se ven más gruesos y á veces rodeados de una ligera neblina debida á la infiltración.

La congestión papilorretiniana, según el autor, puede ser origen de *hemorragias, neuritis, atrofias ó aumento de tensión.*

Como tratamiento de la congestión papilorretiniana, el autor recomienda el descanso del ojo, los anteojos ahumados, el bromuro potásico, por su acción sedante, asociado á veces á la quinina, las sanguijuelas á las márgenes del ano, unas píldoras purgantes de acíbar, gutagamba y goma amoníaco y los revulsivos á la columna vertebral y á las apófisis mastoides.

El Dr. Castresana expone en su notable trabajo seis observaciones minuciosamente detalladas de congestiones esenciales de la retina y cuatro de congestiones sintomáticas.

En fin, termina este trabajo con acertadas conclusiones deducidas del estudio de las congestiones retinianas y de las observaciones detalladas.

En resumen, el folleto del Dr. Castresana constituye una monografía completa de la congestión retiniana, que debe ser leída con detenimiento por todos los oculistas.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión inaugural celebrada el día 13 de Noviembre de 1905.

Dificultades diagnósticas de la úlcera del estómago. (*Conclusión*). — *Vómitos.* Este es otro de los síntomas atribuídos á la úlcera gástrica, síntoma que, según Robin, sólo falta en el 25 por 100 de los casos. Alimenticios, ácidos, tanto más cuanto más tardíos, abundantes hasta casi vaciar completamente el estómago, determinan rápido alivio del dolor.

La simple enunciación de sus caracteres demuestra que en el vómito nada típico podemos encontrar; iguales á estos son los originados por hiperclorhídria; análogos se observan en la acentuada excitabilidad nerviosa, pudiéndose afirmar que en esta afección, así como en todas las que produzcan lo que se ha denominado síndrome pilórico por estenosis orgánica ó espasmódica del orificio gastro-intestinal, se observan vómitos semejantes á los de la úlcera, no siendo infrecuente que en esta dolencia no los haya.

La condición de producir alivio en las molestias que le precedieron, se observa, por lo común, en todos los casos citados, así como el sabor ácido de las materias expulsadas, debiendo buscarse la causa de su existencia en la hiperestesia y en el espasmo pilórico.

Gastrorragia.— Es este un síntoma de mayor alcance que los anteriores; no puede concedérsele la importancia de un dato patognomónico, ya que se presenta en diversos estados patológicos de los que son los principales el cáncer gástrico y ciertas afecciones hepáticas con ó sin existencia de varices del esófago y del mismo estómago; pero cuando se compruebe y puedan excluirse tales causas de hemorragia gástrica, pensaremos en la posibilidad de la úlcera.

Ya hemos dicho que por este síntoma se manifiestan muchas que no se han hecho patentes por ningún otro, pero en todas aquellas ocasiones en que no sea fácil precisar con exactitud la naturaleza de la gastropatía acerca de la cual se nos consulte, habremos de investigar si existe gastrorragia, ya que no siempre es apreciada por el enfermo ni se revela claramente al médico.

Ostensible ó no, la gastrorragia es para mí constante en los ulcerosos, pues no concibo ulceración sin roturas vasculares, por pequeña que sea su importancia y aunque no nos demos cuenta de ella. Lo que ocurre es que no se exteriorizan sino aquellas pérdidas sanguíneas de cierta consideración, cuando la sangre se extravasa en cantidad suficiente para que sea arrojada al exterior, bien con los materiales alimenticios vomitados, en las ocasiones en que el vómito preexiste, bien mezclada á las heces fecales, ó bien porque, derramada en proporción considerable, su masa provoca la protesta de la víscera saliendo proyectada por la boca. En las ocasiones en que el proceso destructivo recae en vasos de calibre mínimo y es posible la rápida coagulación del líquido que éstos alojan, la hemorragia producida es muy escasa y la sangre, mezclada al contenido gástrico ó intestinal, no es reconocida por el enfermo.

Pero si en los casos en que se presume la existencia de una úlcera ó en aquellos otros en que, no presumiéndola, nos encontramos sin diagnóstico positivo de la dolencia de nuestro enfermo, tratásemos sistemáticamente de inquirir la presencia de sangre en las materias vomitadas, si las hay, en el contenido del estómago, ó en el producto de las deposiciones, con alguno de los medios que la química y la física nos proporcionan, excluyendo, naturalmente, de la alimentación las carnes en los tres ó cuatro días que precedieron al análisis, á buen seguro que con frecuencia descubriríamos gastrorragias que, sin esta precaución, pasan en absoluto inadvertidas.

Cuando la presencia de sangre en los materiales vomitados es evidente, su aspecto varía, conservando el suyo característico si abunda y la hemorragia acaba de producirse, ó revistiendo, en el caso contrario, el que le da semejanza con los posos de café más ó menos diluído.

Téngase presente que no es, como se ha creído, dato de diferenciación entre la úlcera y el cáncer el color de la sangre vomitada, rojo en aquélla y acafetado en éste; podrá ser esa diferencia cromática la más frecuente, pero en modo alguno es constante. Cuando la sangre se derrama en la víscera en escasa cantidad y permanece en ella algún tiempo, sufre modifica-

ciones digestivas que la obscurecen hasta darla el color del hollín ó del café tostado, y esto tanto acontece en una como en otra de las citadas enfermedades; por el contrario, cuando corresponde á la ulceración de un vaso voluminoso, se vierte en cantidad considerable y el órgano protesta contra el volumen de la masa que lo llena, contrayéndose y expulsándola en seguida; entonces aparece roja, tanto si la da origen el carcinoma como si corresponde á la ulceración no neoplásica; lo que sucede es que es más frecuente la destrucción de vasos voluminosos en la úlcera que en el cáncer, pero en ambas dolencias puede ocurrir la de los de calibre grande y exíguo, no siendo, por lo tanto, diferencial el aspecto de los materiales de hematemesis.

La melena, que aparece en aquellos casos en que la gastrorragia ó no determina vómito ó es tan copiosa que no sólo da lugar á la salida del líquido sanguíneo á través del cardias, sino que también permite su paso por el píloro, tiene los caracteres que todos conocen y no requiere aclaración de ningún género.

Cuando de los antecedentes que el enfermo suministra resulte bien comprobada la existencia de gastrorragia, trataremos de precisar si en pos de ella se aliviaron por algún tiempo los demás síntomas, si los había, y particularmente los dolores, porque es casi constante que suceda esto en las hemorragias de los ulcerosos, acaso por modificarse los trastornos circulatorios de que la mucosa del estómago es asiento.

En cuanto á los otros síntomas asignados á la úlcera, y que son los dispépticos vulgares, tienen escasísimo valor diagnóstico, por presentarse indistintamente en las diversas gastropatías, debiendo sólo llamar la atención acerca de dos, de uno para negársele y de otro para concederle importancia.

El primero es el estado de la lengua, al que no podemos dar el valor que en épocas anteriores se le atribuía considerándola como el espejo del estómago, puesto que, conforme se ha evidenciado, la capa saburral, cuando existe, es debida á una proliferación activa del revestimiento epitelial de las papilas filiformes y á su excesiva longitud.

El segundo es el referente al quimismo. Desde que se utiliza la sonda para extraer el contenido del estómago, los observadores vienen acumulando hechos de úlcera gástrica en que el quimismo es clara y manifiestamente hiperclorhídrico. Si bien en ciertas ocasiones lo encontramos normal ó rebajado, estos casos pueden explicarse por diferentes causas. Suele ocurrir que cuando, después de una comida de prueba, se extrae el líquido gástrico y se analiza, no hallemos exceso de acidez, dando salida, en cambio, á mayor cantidad de líquido del que corresponde á la normalidad; pero si otro día repetimos la maniobra en un período más avanzado de la digestión, aparece evidente el exceso de acidez clorhídrica; esto se debe á que en ciertos individuos existe notorio retardo digestivo, y la acidez, que apenas comenzada la digestión es normal ó está disminuída, se manifiesta como es en realidad, exagerada, cuando el acto quimificador llega á su apogeo.

Otras veces se realiza el análisis inoportunamente, en un período de intolerancia gástrica, durante el cual la acidez disminuye para recuperar su cifra habitual alta después de terminado el episodio intercurrente.

Existen casos en que la antigüedad del proceso destructivo ha engendrado uno inflamatorio de la mucosa con alteración profunda de las glándulas, de tal modo, que lo que comenzó con superactividad funcional, sin la cual probable y casi seguramente la úlcera no se hubiera producido, termina aniquilando la función secretoria.

No necesito hacer constar que también disminuye y llega á extinguirse el ácido clorhídrico en aquellas ocasiones en que el cáncer se implanta en la úlcera ó en su cicatriz, implantación que en ciertas estadísticas suma el 22 por 100 de los casos; la acidez va paulatinamente menguando por desarrollo de la gastritis que acarrea la hipo y la aclorhídria de la mayoría de los carcinomas gástricos que no subsiguen á la ulceración.

Todo lo relacionado con el quimismo de la úlcera gástrica reviste interés extraordinario por cuanto, como es sabido, se considera á la hiperclorhídria como su factor genético indispensable. Además de los de observación clínica, poseemos en este punto datos de laboratorio, entre los cuales merecen citarse los de Wolkowitsch que comprobó, en un perro operado de fístula gástrica por el método de Pawlow, la producción de una úlcera redonda, acompañada de aumento en la proporción de ácido clorhídrico segregado, á la que se sumó una hipersecreción que fué progresando hasta cuadruplicar la cantidad que aquel estómago segregaba anteriormente; dentro de poco nos ocuparemos en esta hipersecreción.

La úlcera gástrica se presenta en cualquiera edad; es más frecuente entre los veinte y los cuarenta años, pero yo la he reconocido algunas veces en niños y en ancianos, y aunque esto sea la excepción, al hallarnos frente á un caso determinado, aquí como en todas las ocasiones de la práctica médica, no podremos jamás asegurar si nos encontramos ante la regla ó en presencia de lo excepcional.

Expuesto cuanto antecede, cúmpleme sentar una afirmación: siendo evidente que hay casos de úlcera péptica que se manifiestan por el conjunto de síntomas tenido por clásico, de lo visto por mí resulta positivo que son muchos más los que no se revelan por ese síndrome. Y de que estos casos son perfectamente definidos de úlcera del estómago, no queda duda por la aparición ulterior de una perforación ó una gastrorragia, porque cesan las molestias á beneficio de la terapéutica que podríamos llamar antiulcerosa, ó porque se acusa á la estenosis pilórica, la biloculación de la víscera ó la perigastritis, como consecuencia de la primitiva lesión.

¿Cómo haremos, pues, para diagnosticar la úlcera del estómago cuando los síntomas que hemos revisado no sean elocuentes?

En primer término, practicando el cateterismo del órgano en ayunas para asegurarnos de si existe ó no retención alimenticia ó gastrosucorrea reveladoras de un anormal estímulo secretorio ó de una estenosis pilórica, cualquiera que sea su naturaleza.

En efecto: en medio de la confusión que en el terreno patogénico de la gastrosucorrea ha existido, los hechos parecen impulsar la corriente de las ideas por el cauce trazado por Soupault. Este médico, desgraciadamente fallecido poco ha, pretendía que el síndrome de Reichmann es indicio constante de úlcera del píloro ó de sus inmediaciones, y la observación apoya su manera de pensar.

Está demostrado que el estómago no segrega sino durante los períodos digestivos: comienza la secreción de jugo capaz de digerir, según lo prueban los experimentos de la escuela de Pawlow, en el instante en que principia la masticación, persistiendo durante todo el tiempo de permanencia de los ingesta en la cavidad ventricular. En ayunas, el estómago sano debe hallarse completamente vacío, no extrayéndose con la sonda más que cantidades insignificantes de líquido no susceptible de peptonizar la albúmina experimentalmente; siempre que en este momento se extraiga jugo gástrico activo, existe secreción anormal, gastrosucorrea. Dos mecanismos pueden explicarla: la estenosis del píloro, orgánica ó espasmódica, y la función glandular, provocada ó sostenida por vía refleja; la causa determinante de ambos fenómenos, su *primum movens* es, en casi todos los casos, la úlcera gástrica. Cuando existe una estrechez del orificio gastroduodenal, los residuos alimenticios, que no encuentran libre el paso al intestino, permanecen en el estómago por tiempo más ó menos largo, y durante su estancia en él, estimulando constantemente la mucosa, mantienen en vigor la función de las glándulas; puede decirse que el período digestivo persiste indefinidamente, cumpliéndose la secreción durante todo él lo mismo que en estado hígido; lo perturbado, pues, no es la secreción, sino el período digestivo, más largo de lo que debiera.

Que la úlcera pilórica ó peripilórica, que es la que existe con mayor frecuencia, y en algunos casos la que radique en territorio distante de ese orificio, es el agente de tal prolongación, lo demuestran las intervenciones practicadas en el estómago. En 58 observaciones de Soupaul—y de que da cuenta en su obra póstuma aparecida ha pocas semanas—51 en el vivo y 7 necrópsicas, de existencia de líquido gástrico en ayunas, siempre se encontraron úlceras en el estómago ó en el duodeno, y ya se sabe que la úlcera de este último órgano, así como la esofágica, tienen la misma patogenia y análoga sintomatología que la gástrica.

En los casos en que el análisis no demuestra la existencia de partículas alimenticias en el contenido de la víscera, ni de productos de peptonización ó de amilolisis, es probable que la hipersecreción sea originada por mecanismo reflejo, debido al contacto del quimo y la superficie ulcerada. No olvidando estos hechos, al parecer definitivamente adquiridos en patología gástrica, podrá asegurarse la existencia de la úlcera siempre que se compruebe la secreción en ayunas y la estenosis pilórica que no pueda atribuirse á ninguna otra causa.

Aun no habiendo líquido en el estómago ayuno, analizaremos, después de una comida de prueba, el contenido gástrico de todos los enfermos en quienes presumamos tal lesión y el de aquellos otros que no podamos, sin este medio, diagnosticar de un modo seguro; así podremos asegurar su quimismo, ya por sí harto significativo en ciertas circunstancias.

Si por los procedimientos que acabo de citar no obtenemos enseñanzas claras acerca de cuál sea la verdadera causa del trastorno digestivo cuya naturaleza estudiamos, trataremos de indagar si en el producto de los vómitos, si los hay, ó en los materiales excrementicios, existe sangre.

Es muy difícil que todos estos elementos no nos suministren el medio de asegurar el diagnóstico; pero, aun en el caso de que no llegásemos á él, dis-

ponemos de recursos que, no por secundarios, dejan en muchas ocasiones de ser demostrativos.

Sabemos que, con relativa frecuencia, curada una úlcera se produce otra nueva al cabo de un lapso de tiempo á las veces considerable, así como que en ciertas ocasiones una úlcera extensa cicatriza parcialmente, quedando el resto con actividad más ó menos amortiguada durante meses ó años. Pues bien: la insuflación del estómago, su repleción con agua y la gastrodiafanía, evidenciando unas veces la dilatación consecutiva á estenosis del píloro cuando pueda desecharse el origen no ulceroso de la estrechez, otras la biloculación, y, en algunos casos, las adherencias del órgano á los inmediatos, sirven al diagnóstico, no sólo al retrospectivo delatando una úlcera que existió, sino al del proceso actual, por los motivos señalados.

La tenacidad del dolor, cualesquiera que sean su intensidad, su localización y el momento en que se presente su rebeldía á los medios terapéuticos en casos que aparenten ser de simple hiperclorhídria y en los que este dato subjetivo es el único que podemos recoger, así como la persistencia de vómitos que nada justifica, pueden ponernos en el camino de la verdad, confirmada posteriormente por la adecuada terapéutica.

Sólo así, y teniendo en cuenta la frecuencia extraordinaria de estas formas de la úlcera gástrica que difieren de lo corrientemente admitido, se llegará á precisar la existencia de una afección cuyo desconocimiento puede acarrear trascendentes y gravísimas consecuencias, quedando sin diagnosticar tan sólo aquellas otras en absoluto latentes, que no originan ningún síntoma, y de las que el que las sufre únicamente se apercibe cuando son génesis de complicación.

He terminado cuanto me propuse deciros; si no fuí tan breve como deseaba, habrá dependido de que no domino el lenguaje lo bastante para expresarme mejor con menos palabras. Sean las últimas encaminadas á manifestaros la deuda de reconocimiento que con vosotros acabo de contraer por la atención y deferencia con que me habéis honrado, y de las que conservaré el recuerdo entre los más gratos de mi vida.

PERIÓDICOS

Cura del útero séptico puerperal. — El Dr. P. Nubiola publica en los *Archivos de Ginecopatía, Obstetricia y Pediatría*, de Barcelona, lo siguiente:

«En el tratamiento del útero puerperal infectado entran como elementos principales la irrigación uterina, el raspado y las aplicaciones tópicas, que en cada Maternidad y por cada práctico son empleados de peculiar manera.

La irrigación intrauterina usada en todas partes, cuya técnica resulta por lo sencilla tan asequible, no surte en muchas ocasiones el efecto apetecido porque no se da en la forma que debiera hacerse. Debe, ante todo, estar indicada, y aunque pueda esto parecer una vulgaridad, con tanto predicar que á toda puérpera cuya temperatura exceda de 38° hay que darle

una irrigación uterina, muchas veces el práctico, sin entrar en honduras, en cuanto observa dicha elevación térmica, prepara la sonda y al útero con ella. Pase que se dé una irrigación uterina á una puérpera sana de genitales, pirética por efecto de una retención de materias fecales ó de un resfriado, pero lo que no puede pasar es que haya quien cuidando á una puérpera infectada, no alcanzando la infección al útero, que ya hace por su parte para defenderse, se arrastren los gérmenes patógenos de una herida vulvar ó vaginal con el pico de la sonda.

En los casos en que se supone infectado el útero, siéndolo también periné ó vagina, entiendo que se exige una esmerada limpieza de dichos órganos antes de proceder á la irrigación del útero, y por mi parte en algunos casos, ante el temor de llevar á la herida placentaria gérmenes que no han llegado á ella y anidan en las partes genitales bajas, prefiero proceder á la irrigación, aislando y descubriendo el cuello entre dos valvas y detergiendo primeramente la entrada del conducto cervical. Y nunca en las paridas á mi cuidado permito que se dé una irrigación uterina sin dar antes un copioso lavado vaginal y haber hecho previamente una toilette rigurosa de los genitales externos.

No basta igualmente que se haya entrado el pico y una porción mayor ó menor de cánula en el útero y dar suelta al líquido para que la irrigación obre bien. Débese tener muy presente la disposición de cada útero, todos distintos y muy variables, dependiendo ello, además de la morfología que en la mujer ya tuviera el órgano antes de la gestación, de las zonas de mayor involución, de la inserción placentaria, de los órganos vecinos, etc. Es lo cierto que respecto á dirección del eje de la cavidad y á la amplitud de ésta no hay dos úteros iguales. Esta circunstancia es la que en algunas ocasiones me ha hecho recurrir á las de Budin de celuloide, de que tenemos una serie en sublimado, á las que por ligero reblandecimiento hemos dado diferentes grados de curvadura.

Llegar hasta el fondo de un útero puerperal no se logra tan fácilmente; muchas veces — es lo más frecuente — se siente el pico de la sonda con la mano colocada en el hipo ó mesogastrio, pero no es á través del fondo, sino de la pared anterior uterina. La sonda, antes de servir para la irrigación, ha de emplearse para un detenido al par que cuidadoso reconocimiento que nos ilustre respecto de la forma, dirección y altura de la cavidad, y para que este reconocimiento sea perfecto, debe estar la mano libre, no apoyada sólo en el abdomen, sino abarcando con su borde superior el fondo de la matriz. De esta suerte, no moviendo de su lugar la mano abdominal si no es para reaplicarla en seguida, se facilita que sin temor pueda la sonda verter el líquido en el fondo y ángulos del útero, escurriéndose luego aquél por toda la cavidad.

Basta haber visto un útero puerperal para hacerse cargo de cuán necesarias no han de ser estas precauciones. Se trata de una cavidad si no toda ella virtual, muy limitada en sentido anteroposterior, mucho más ancha en la parte más alta que en la baja y de superficie irregular y anfractuosa, de un modo extraordinario en la zona placentaria.

¿Cómo obrará la irritación uterina? Sabido es que su mejor cualidad es la de barrido, de arrastre, la acción mecánica. Obra á la vez excelente-

mente por la temperatura del líquido combatiendo la subinvolución, excitando las fibras musculares, coadyuvando á la mejor circulación sanguínea, aumentando las defensas del órgano.

No se busca ya con el empeño de antes la acción química, se han proscripto al fin las nefastas inyecciones de sublimado y las de substancias cateréticas y aun cáusticas. Emplean algunos con fé soluciones yodoyoduradas, otros soluciones antisépticas no muy enérgicas, algunos agua esterilizada: por mi parte recurro, según la índole de los casos, á la microcidina, al lisol ó al permanganato potásico.

A pesar de lo mucho que la han preconizado Pinard y Varnier, no ha cuajado la irrigación continua. En la mayoría de los casos no es necesaria y resulta poco práctica. Si la cavidad uterina no estuviera tan profundamente situada y no tuviera tan especial disposición, se emplearía en ciertos casos la irrigación continua como se emplea en cirugía, pero en obstetricia tengo el convencimiento de que no reverdecerá su uso. Lo mismo digo de fijar la cantidad de líquido que ha de hacerse pasar por el útero, y si se tiene en cuenta el tiempo que se pasa en colocar á la enferma y disponer lo necesario y el que tardan en pasar dos ó tres litros por la sonda, y que la irrigación tendrá que repetirse cuatro, seis ú ocho veces al día, pobre enferma y pobre médico ó asistente. ¡Cuán aficionado se es todavía en medicina á la sentencia y al precepto!

Se irrigará el útero lo que fuere necesario, y si no bastan á modificar el estado del mismo tres ó cuatro lavados hechos como se debe, mejor que el traqueteo de la irrigación *clónica* y que el engorro de la continua, es colocar en la cavidad uterina un buen desagüe con un tubo de caucho ó una tira de gasa, haciendo, si el caso lo requiere, que el tubo llegue hasta los genitales externos á abocar en unas compresas mojadas en solución antiséptica.

En los casos que se sospeche y compruebe la retención parcial de placenta y membranas, si no bastan los dedos del tocólogo á limpiar el útero, el raspado se impone para arrastrar dichos restos ovulares, á veces sumamente adherentes, y que, por tanto, ni el mismo lavado lograría expulsar. En otros casos, dichos resíduos serán en mínima cantidad y los acarreará fuera del útero la corriente establecida por la irrigación; empero para limpiarlo más rápidamente, cabe muy bien que se eche mano de la cucharilla ó del escobillón. Mas el empleo sistemático y repetido del raspado para el tratamiento de los úteros sépticos y vacuos por completo, como han venido recomendando ilustres maestros y se ha practicado y practica en varias Maternidades, no entiendo sea una práctica acertada, y no soy solo en pensar así cuando ya hay actualmente muchos detractores de ello.

¿Qué logra la cucharilla en un útero vacío é infectado?

Barrerá los resíduos de caduca, de los septos, pequeños colgajos membranosos, células deciduales, los elementos que han de reconstituir la mucosa; en la zona placentaria, los trombos que obturan las boquillas vasculares, la herida anfractuosa que ha dejado el alumbramiento.

Ahora bien, ¿es prudente traumatizar la superficie interna del órgano, exponiéndose á denudar en demasía su túnica muscular, á abrir y desga-

rrar pequeños vasos, por donde pueden correrse los gérmenes patógenos? Se me dirá que hay casos en que después del raspado se observa disminución de la temperatura y quizás del pulso. Ello significa á mi entender que se habrá lavado bien el útero, que se ha dilatado un cuello poco permeable. Pero cuántas veces después de la intervención sobrevendrá un recrudecimiento, se hará un nuevo raspado, y lo propio, y al fin, á pesar de las mejorías obtenidas, la muerte de la paciente; aparte, claro está, de los casos en que el raspado da lugar á la curación, por indicarlo perfectamente una retención de cotiledones placentarios ó de coágulos, que se ignoraba existiera, no habiéndose practicado como se debía las irrigaciones intrauterinas.

Cuando existe en el cuello un desgarro infectado, una zona de esfacelo, considero muy conveniente que se hagan en dichos puntos toques con ciertas substancias que ayuden á destruir las colonias microbianas y facilitar la curación. En mi práctica recurro, según los casos, al aceite de trementina, la tintura de yodo ó la glicerina creosotada, tópicos, á mi juicio, excelentes para el objeto.

Los Dres. Corominas y Sau, médicos primero é interno respectivamente de la Maternidad Provincial de Barcelona, emplearon desde hace tiempo con éxito los toques intrauterinos de esencia de trementina, considerándolos indicados en los primeros tiempos de la infección, radicando ésta en la superficie interna del útero. Muy recientemente el primero de dichos ilustrados compañeros—que nos ha arrebatado poco después traidora enfermedad—preconizaba desde una Revista local el eucaliptol como desinfectante del útero, considerando los toques de dicha substancia como el tratamiento mejor de la infección puerperal.

La técnica recomendada es por demás sencilla, pues consiste en pasear una torunda empapada de la substancia por toda la superficie interna uterina, mediante una pinza de curación, repitiendo dos ó tres veces las pincelaciones y procurando limpiar á la vez las paredes del órgano.

Dichas substancias obran á juicio de los autores, aparte de por la acción bactericida, oxidando los detritus orgánicos y aumentando la leucocitosis.

Por mi parte, sin considerar dichos toques intrauterinos como el medio mejor, los he practicado muchas veces después de una irrigación uterina con una tira de gasa empapada de glicerina creosotada y alguna vez de esencia de trementina; el eucaliptol no lo he ensayado aún, pero reconozco que además de poder equipararse á aquellas otras substancias, reune la cualidad muy estimable de que, en vez de despedir un olor molesto y pertinaz, el eucaliptol huele bien.

Los toques intrauterinos serán un complemento de la irrigación intrauterina, colaboran á la misma acción de ésta, y aun cuando darán mejor resultado cuanto más tempranamente se empleen, no los reputo, con todo, desprovistos de acción aun cuando la infección esté ya en período más adelantado y alcance otros tejidos que los superficiales».—Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 25 de Octubre de 1905.

Entero-anastomosis en el cáncer del intestino grueso. — El Dr. *Demoulin*, á propósito de dos operaciones de enterorrectostomía secundaria, practicadas por el Dr. Savariaud para curar un ano cecal formado de urgencia, en casos de cáncer del intestino grueso acompañados de oclusión, ha hecho un estudio de las operaciones de este género practicadas primitiva ó secundariamente en circunstancias análogas por oclusiones intestinales cancerosas. Ha reunido dieciocho observaciones, incluso las del Dr. Savariaud. De estos ocho enfermos, murieron dos y curaron seis. Se practicó cuatro veces la ileorrectostomía (tres curaciones, una muerte), tres, la sigmoidorestotomía (dos curaciones, una muerte) y una vez la transversorrectostomía (curación).

Respecto á la técnica, la anastomosis con auxilio del botón de Murphy, es preferible, según parece al empleo de las suturas (facilitado por la pinza portabotón de Lardennois); la causa de las dos muertes, fué lo defectuoso de estas últimas.

La supervivencia en los casos curados operatoriamente, fué de dos años, año y medio, quince meses (dos casos), once y siete meses. El término medio de esta supervivencia, fué, por lo tanto, superior á la del ano cecal permanente y á la oclusión del intestino. El Dr. Demoulin concluyó que la enterorrectostomía merece ser aplicada *primitivamente* al tratamiento paliativo de los cánceres del intestino grueso que van acompañados de oclusión intestinal crónica, en las personas susceptibles de soportar una operación algo larga.

Indicó para terminar un punto que merece tenerse en cuenta: son los síntomas de estrechez tardía de la boca anastomótica señalados por Savariaud en sus dos observaciones.

Valor terapéutico de la punción lumbar en las fracturas craneanas. — El doctor *Quenu* dijo que había tratado siete casos de fracturas del cráneo por punciones lumbares repetidas: todos los casos curaron.

Una de las observaciones referidas por el autor, prueba la eficacia rápida de este método terapéutico.

Se refiere á un hombre que padecía fractura grave del occipital: la punción lumbar, practicada al ingresar el enfermo en la clínica, dió salida á sangre casi pura. Media hora después de esta punción, el herido, que se hallaba en un estado semicomatoso, mejoró de un modo notable, mejoría que duró dos ó tres días y que fué sustituída por somnolencia. La punción se

repitió al día siguiente, y después en los sucesivos, haciéndose en conjunto ocho. Se vió disminuir sucesivamente la cantidad de sangre contenida en el líquido cefalorraquídeo á la vez que el enfermo recobraba poco á poco su inteligencia. La curación era completa mes y medio después.

La cifra de siete curaciones, en siete casos tratados, es verdaderamente importante y prueba toda la confianza que puede concederse al nuevo método de tratamiento de las fracturas del cráneo.

¿Cómo obra la punción lumbar? Indudablemente disminuyendo la tensión intracraneana, pero quizá también disminuyendo los fenómenos de absorción sanguínea á los que son debibos el coma y el delirio.

El Dr. *Tuffier* dijo que los resultados terapéuticos de la punción lumbar no son constantes; algunos de ellos ni aún durables, y á veces hasta nulos. La hipótesis de la toxicidad de la sangre y de su acción sobre los centros nerviosos no merece ser tenida en cuenta. Ha observado que la presencia abundante de sangre en el líquido cefalorraquídeo coincide con el pulso lento, pulso cerebral. Cree que esta coincidencia es debida á una acción de la sangre sobre los centros bulbares.

Polakiuria é incontinencia de orina como síntomas precoces de la tuberculosis renal. — El Dr. *Bazy* refirió el caso de una joven de dieciséis años que padecía tuberculosis renal, cuyos primeros síntomas eran polakiuria é incontinencia nocturna de orina, la cual era, además turbia. Hizo resaltar una vez más el valor diagnóstico de estos dos síntomas, y en particular de la polakiuria nocturna que deben hacer fijar la atención del práctico en los riñones, porque indica, si no la tuberculosis al menos una infección renal.

La exploración instrumental de la vejiga y de los riñones, de la que tanto se ha abusado y sigue abusándose, no es necesaria; sólo debe recurrirse á ella como medio confirmativo de los signos clínicos. Estos bastan en la mayor parte de los casos para permitir hacer el diagnóstico precoz. En prueba de su afirmación presentó el Dr. Bazy dos acuarelas, que representan dos riñones tuberculosos extirpados antes de la degeneración caseosa, y cuyas lesiones son poco acentuadas: en estos casos pudo hacer el diagnóstico, ateniéndose á la polakiuria y la incontinencia nocturna.

La coloración pálida de la orina turbia, que es clásico considerar como uno de los signos precoces de la tuberculosis renal, pertenece por el contrario, según el Dr. Bazy, á un período ya avanzado de la infección tuberculosa, al de la degeneración caseosa.—(*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 8 de Noviembre de 1905.

Perfeccionamiento en la técnica de las inyecciones mercuriales solubles.—El Dr. Danlos: Sabido es que uno de los inconvenientes principales de las inyecciones mercuriales solubles es el dolor que provocan. El farmacéutico Midy se ha esforzado buscando medios para corregirlo, á lo cual casi ha

Los Dres. *Le Dentu* y *Walther* (de París) citan casos en apoyo de la tesis de Pastó, y el Dr. Momprofit (de Argelia) dice que jamás ha observado casos de este género después del empleo de esta posición, atribuyéndolo á que él coloca siempre las asas intestinales en su situación normal antes de colocar al sujeto en posición horizontal.

El Dr. *Depage* (de Bruselas) ha observado cuatro casos de oclusión intestinal consecutivos á la posición de Trendelenburg, pero no son éstos los únicos accidentes que se observan después de esta posición, sino que una de sus enfermas que tenía una afección cardíaca, presentó durante toda la operación una cianosis muy acentuada, falleciendo de edema cerebral.

La posición ventral. — El Dr. *Depage* (de Bruselas) cree que para las intervenciones en el recto, próstata, columna vertebral, cerebelo y pleura, tiene gran ventaja colocar al enfermo en esta posición, porque en ella la narcosis se hace con mucha facilidad y con una gran regularidad, teniendo, además, la ventaja de lo bien que se llega al campo operatorio, el ser las hemorragias mínimas y estar la región más iluminada; en esta posición ha intervenido en extirpaciones de recto, próstata y cerebelo, obteniendo reales ventajas.

Un nuevo procedimiento operatorio para la cura de la sindactilia congénita.— El Dr. *Priesteau* (de Burdeos) expone con detalles y figuras esquemáticas un nuevo procedimiento operatorio que ha realizado con éxito en *cinco* casos, *tres* de ellos congénitos, y dos consecutivos á quemaduras de la mano.

El procedimiento del Dr. Priesteau es mixto, teniendo algunas modificaciones del procedimiento de Didot y de los de Zeller y Felizet.

Este procedimiento, que ha dado resultados excelentes bajo el punto de vista estético y funcional, parece realizar el desideratum de esta operación.

Técnica sencilla y segura para el tratamiento de la lujación congénita de la cadera.—El Dr. *Calot* se ocupa de la conducta que debe seguirse en los casos irreductibles por el método no cruento, y dice que las operaciones cruentas, preconizadas hasta el día, son graves y producen la anquilosis, pero que su nueva operación es de una benignidad absoluta y que respeta la cápula y la sinovial.

En lugar de abrir ampliamente la cadera, practica un ojal como de 2 centímetros, destruyendo el obstáculo por medio de un dilatador especial introducido cerrado y que maniobrando desde el exterior, se abre en el interior y se dilata á voluntad.

Calot ha practicado dos veces con éxito esta operación.

Sueroterapia del carcinoma. — El Dr. *Doyen* (de París) tiene en la actualidad un total de 318 casos tratados con su método de vacunación antineoplásica, de los cuales 64 han tenido notables beneficios. De éstos, 19 han sido tratados sin operación y en otros 18 ha sido imposible hacer la extirpación total.

Después declara que su método de vacunación antineoplásica es también susceptible de preservar del cáncer á los individuos sanos, estando plenamente demostrado que es tratamiento inofensivo y que debe ser considerado como uno de los principales recursos de que dispone la medicina para combatir el cáncer.

El Dr. Vidal: Supuesto que está demostrado el origen parasitario del

cáncer, daré á conocer al Congreso los trabajos experimentales para destruir la célula cancerosa por medio de la sueroterapia, esto es, la *citolisis anticancerosa*.

Una noción capital debe recordarse para explicar hechos obscuros. Hay en todo carcinoma dos partes distintas, la célula cancerosa y su esqueleto de sostén, masa intersticial que le aporta los medios de nutrición; de aquí la posibilidad de influenciar ciertos signos físicos de los tumores, sea sobre el elemento canceroso ó sobre el intersticial, explicándose por esto la acción real, pero temporal, de las toxinas, sueros medicinales, suero anticanceroso, diversos medicamentos y aun líquidos neutros. Se puede demostrar por procedimientos de observación, que las células de la periferia del tumor permanecen mucho tiempo inalterables en la cámara húmeda del microscopio si están en contacto del suero antidiftérico ó de algún otro, deduciéndose que tendrá una acción perdurable el suero que ataque á la célula cancerosa y no á los elementos de sostén.

La cuestión de los sueros *citolíticos anticancerosos* está dominada por completo por la especificidad de la célula cancerosa, y de aquí el axioma tan conocido de que *un suero citolítico para el cáncer del riñón, no lo es para el hígado*, porque el suero que obstruye á la célula renal normal no ataca á la célula hepática. En un tumor en receptividad, la citolisis parece no obrar más que en la periferia, perdiendo los sueros preparados del modo corriente su actividad según aumenta el número de inyecciones, pudiendo aumentarse su poder por procedimientos especiales.

El Dr. *Benoler* (de París) dice que estando demostrado que muchos carcinomas se han mejorado ó curado con inyecciones de distintos sueros, cree que el del Dr. Doyen tiene una acción parecida y no específica, como se pretende, y si á esto se añade que el *micrococus neoformans* se encuentra casi constantemente lo mismo en los tumores malignos y benignos, hace que pierda mucho valor la noción de especifidad, y si por último, se atiende á que en las inoculaciones en los animales nunca se encuentran tumores ni benignos ni malignos, hace que se deseche en absoluto que el *micrococus neoformans* sea el agente productor del carcinoma.

Intervenciones transperitoneales para el tratamiento de las fístulas vaginales altas. — El Dr. Forgue (de Montpellier): Teniendo en cuenta que las fístulas vesico-uterovaginales presentan varias dificultades para ser operadas por vía vaginal, por estar estrechada la vagina por bridas cicatrizales y el cuello uterino destruído, ser muy difíciles de operar por la gran profundidad en que se interviene y otras causas, hace que se proyecte operarlas por vía abdominal. Con este método suprapubiano se puede llegar á la fístula ó á través de la vejiga (operación transvesical de Trendelenburg), ó despegando el peritoneo de la vejiga (procedimiento extraperitoneal de Bardenheuer), ó por último, atravesar el peritoneo separando la vejiga del útero y la vagina, como se hace en la histerectomía abdominal.

Este es el procedimiento ideado y puesto en práctica por Forgue, que lo ignoraba. Dittel había intentado practicarlo en el año 1893, siendo operación bastante sencilla relativamente, gracias á los progresos en la técnica de la histerectomía abdominal.—M. Arquellada.

(*Concluirá*).

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 1.° de Noviembre de 1905.

Histerectomía parcial.—El Dr. *Alba Doran* presentó una estadística de 60 casos en los que ha practicado la histerectomía parcial por fibroides; las enfermas no habían llegado á la menopausia. Todas ellas fueron operadas cuando menos hace dos años. En 28 se extirparon los dos ovarios. En 3 la menopausia no fué ni inmediata ni completa, y en 2 de ellas cuando menos la sangre procedía del endometrio. En 6 la menopausia fué completa y sin síntoma alguno; todas las 6 tenían más de treinta y ocho años. En 9 fué completa y benigna y en 10 fué completa, pero acompañada de síntomas graves. En 26 sólo se extirpó un ovario. De éstas, en 8 el flujo menstrual fué regular durante más ó menos tiempo después de la operación. En 5 se presentó después de operadas, pero con irregularidad. En 13 la menopausia fué completa y se presentó inmediatamente después de la operación, sin síntomas en 4 y en 9 con síntomas graves. En 6 casos no se extirparon los ovarios. En 3 de estas mujeres el flujo catamenial persistió con irregularidad después de la operación. En 2 volvió á presentarse, pero tardó poco en suprimirse, y en 1 la menopausia fué completa y siguió inmediatamente á la operación, sin ir acompañada de síntoma alguno. Cree el Dr. Alba Doran que estas estadísticas confirman la teoría de Abel-Zweifel, y cree que sería muy instructivo comparar otra serie de enfermas de fibroide operadas por panhisterectomía en las que no quedara rastro de endometrio.

El Dr. *Boyd* cree que al calcular el efecto de la operación sobre la producción de la menopausia, es preciso tener en cuenta lo variable de los síntomas de que va acompañada la menopausia natural en las diversas mujeres.

El Dr. *Herbert Spencer* dijo que en todos los casos de histerectomía por fibroides procura dejar uno ó los dos ovarios. La conservación de los ovarios es útil para la enferma, porque no padece después de operada fluxiones, como ocurre cuando se extirpan estos órganos. Ha observado un caso que prueba con toda claridad lo infundado de la idea de que es esencial un trozo de endometrio para evitar una menopausia grave. Cree que la histerectomía total es superior á la parcial; la estadística ha demostrado recientemente que la mortalidad es también menor.

El Dr. *Heywood Smith* cree que es preciso conocer mejor cuanto se refiere á la menstruación para juzgar del efecto de la supresión de uno ó de los dos ovarios.

El Dr. *W. S. A. Griffith* niega que la conservación de los dos ovarios en la histerectomía no esté justificada cuando estos órganos contienen quistes ó están inflamados.

El Dr. *Malcolm* dijo que los efectos de la extirpación de los dos ovarios son muy variables, y que no cree sea preciso practicar la histerectomía total.

Alcalinidad de la sangre en la eclampsia. — El Dr. *C. Nepean Longridge* refirió un caso de eclampsia. La enferma dió á luz un niño muerto y padeció

eclampsia en su primer parto. Vió con frecuencia á esta mujer durante el embarazo y no observó en ella síntomas de insuficiencia renal ni de toxemia. Los ataques eclámpsicos principiaron ocho horas antes del parto y se prolongaron hasta diez horas después de parir. El tratamiento obstétrico fué espectante, pero se administraron los citratos con objeto de normalizar la alcalinidad sanguínea, que es menor de la normal. Se administró también azúcar por la boca y por el recto para sustituir el glicógeno del hígado, sin el cual este órgano no puede ejercer su acción antitóxica.

El Dr. *Eden* dijo que si se demostrara que la disminución de la alcalinidad de la sangre es constante en la eclampsia, podrían emplearse de antemano los alcalinos en transfusión con la esperanza de obtener un resultado satisfactorio.—(*British Méd. Journal*). —F. Toledo.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la amigdalitis aguda. — El Dr. Molinie aconseja tratar la amigdalitis aguda del modo siguiente:

El enfermo debe tener la boca abierta é introducir el dedo índice, ligeramente encorvado, con el pulpejo dirigido hacia la mucosa. Una vez que llega á la amígdala, la comprime de abajo á arriba y desde su pedículo á la superficie libre. Es preciso que la uña esté perfectamente cortada para no herir la mucosa. Esta compresión, que produce un dolor bastante fuerte, expulsa de la amígdala concreciones y líquido purulento en abundancia y algo de sangre. La mejoría fué notable en los cinco casos en que el Dr. Molinie ha empleado este tratamiento.

(*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, núm. 31). — R. del Valle.

Un nuevo método de extirpacion de la vena safena.— La vena safena y otras análogas que tienen pocas ramas, cuando son varicosas pueden extirparse del modo siguiente, sin que quede cicatriz en su trayecto. Se pone al descubierto el vaso por una incisión corta practicada cerca de la extremidad femoral, se le aisla de la vaina en la extensión de 25 milímetros y se le liga lo más arriba posible. El extremo inferior de la vena es tratado de la misma manera. Después se divide el vaso por sus dos extremos superior é inferior. La pared anterior del extremo superior de la vena se divide en la extensión de 18 milímetros. Después se aplica una ligadura fuerte en el extremo superior de la vena, procurando no incluir más tejidos que los que pueden atravesar el vaso. Se introduce en el vaso, por su abertura inferior, sacándola por la superior un asa de alambre ó una sonda delgada, y se pasa por el ojo de ésta el hilo de la ligadura. La sonda ó el asa de alambre es extraída después, y el hilo de la ligadura aparece en el extremo inferior del vaso. Se ejerce sobre él una tracción ligera, en tanto que un ayudante invierte los bordes de la vena haciéndolos penetrar en el interior del vaso. La tracción se continúa hasta que la vena es extirpada completamente por

inversión y salida de su vaina. Si existe alguna rama de la vena que se opone á su inversión y extracción, se forma un ligero arrugamiento en el sitio de este vaso; se hace en él una incisión pequeña y se liga y secciona dicha rama. Esta operación tiene la ventaja de no dejar cicatriz larga ó dolorosa, de disminuir el peligro de infección y de hemorragia y de practicarse con más rapidez.

(*New. York. Med. Journal*, 19 agosto 1905). — F. Toledo.

Tratamiento de la viruela por el xylol. — El Dr. J. Belin ha expuesto en la *Sociedad Médica de los Hospitales de París* los resultados obtenidos con el xylol en la Clínica de variolosos de los hospitales de Aubervilliers y del Bastion 29. El tratamiento clásico se combinó con la administración interna diaria del xylol á la dosis de 120 gotas en las veinticuatro horas en los adultos, y de 15, 20 á 40 en los niños. La mortalidad clásica de la viruela que es de 24 por 100, disminuyó á 12'5 por 100. Las complicaciones fueron mucho menos numerosas. El xylol impide la formación de cicatrices, tan frecuentes en la viruela. Estos experimentos confirman los resultados obtenidos por los autores que han empleado el xylol (Zuelzer, de Berlín; Otvös, de Budapest, y Vichnewsky, de Tsarskoe-Sélo) y demuestran la superioridad de este tratamiento sobre todos los empleados hasta ahora en la viruela. Al discutirse el trabajo del Dr. Belin, manifestó el Dr. Teissier que el xylol atenúa la fetidez y la supuración de la viruela. La desecación de las pústulas es muy rápida y no queda cicatriz alguna al desprenderse las costras. Esta medicación no ejerce, al parecer, una influencia franca sobre la gravedad general del padecimiento.

(*La Presse Médicale*, 25 octubre 1905). — R. del Valle.

Medio de conocer la actividad pancreática. — Administrando en varias dosis 18 decígramos de salol al día, aparece en la orina el ácido fénico producido en el intestino delgado por la descomposición del salol en presencia del jugo pancreático alcalino. Cuando el intestino no contiene jugo pancreático, el salol no se descompone, sino que se elimina sin experimentar alteración alguna, y la orina no contiene ácido fénico. Los mejores reactivos para descubrir la presencia de este ácido en el líquido urinario son los siguientes: 1.° Se agrega á la orina unas cuantas gotas de la disolución de percloruro de hierro; si contiene ácido fénico, adquiere un color de violeta; 2.°, agregando á la orina algunas gotas de agua bromada, se forma un precipitado de tribromuro fenol ($C_6H_2Br_3OH$); 3.°, añadiendo el reactivo de Millon (nitrato ácido de mercurio), se produce un color rojo vivo. La importancia de estos reactivos es indudable, porque nos permite diagnosticar la obstrucción del conducto del páncreas, que impide el derrame de jugo pancreático en el duodeno.

(*The Practitioner*, julio 1905). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LOS CONSULTORIOS DE NIÑOS DE PECHO

(GOTAS DE LECHE)

SU ORIGEN É IMPORTANCIA — NECESIDAD DE SU PROPAGACIÓN EN ESPAÑA

Conferencias dadas en el Ateneo de Madrid los días 16, 23 y 30 de Abril de 1905

POR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

Fundador del Primer Consultorio de niños de pecho, en Madrid.

(Continuación).

Veamos ahora lo que acontece en algunos Consultorios de provincias:

SAINT-POL-SUR-MER

La *Gota de leche* fué creada en esta importante población en 1902, poniéndose al frente de ella el ilustre Dr. Ausset. Además de la distribución de leche pasteurizada, se socorre á las madres con envolturas, pan, á veces carne, y durante el invierno carbón.

La mortalidad infantil en la población ha sido la siguiente:

1898.....	31'6 por 100	
1901.....	33'8 —	
1902 y 1903.....	20'8 —	(Después de la instalación de la *Gota de leche*).

La mortalidad en los cinco años comprendidos desde 1897 á 1901, el promedio *en la población* fué de 28'8 y en 1902 y 1903 de 20 por 1.000. En la *Gota de leche* este promedio ha sido de ¡8'9 por 100!

BOULOGNE-SUR-MER

La *Gota de leche* fué fundada en esta ciudad en 1903 por el doctor Aigne, y los resultados han sido:

1903.....	En la ciudad.....	17'0	por 100
	En la *Gota de leche*.....	5'15	—
1904.....	En la ciudad.....	14'9	—
	En la *Gota de leche*.....	10'0	—

Siendo así que antes, su mortalidad era:

En 1895.....	De 24'80	por 100
1896.....	20'8	—
1897.....	20'7	—
1898.....	25'50	—

Es decir, que en la *Gota de leche*, de Boulogne, se salvan el 8 por 100 más que en là ciudad.

Ya véis si ha descendido la mortalidad en esta población, á pesar de las pésimas condiciones en que viven aquellas pobres gentes, respirando constantemente el humo de sus fábricas, viviendo en pequeñas casas, verdaderos tugurios, donde apenas penetra el sol ni se renueva el aire, con escaleras tan estrechas que, al subirlas, rozan los brazos en las paredes. ¡Calculad cuáles no serán los resultados del Consultorio el día que, como es de esperar, se vaya higienizando la población!

AMIENS

En esta ciudad se estableció la *Gota de leche* en el año 1900, y según el Dr. Peancellier, la mortalidad de niños de 0 á 1 año fué en los ocho años comprendidos de 1895 á 1902, la siguiente:

1895.....	261
1896.....	196
1897.....	214
1898.....	292
1899.....	229
1900.....	225
1901.....	168
1902.....	110

Sus ventajas son bien patentes.

Y así podría, señores, si dispusiese de más tiempo, presentaros es-

tadísticas favorables de muchísimas más poblaciones. No es esto posible por hoy.

***

Ya os dije que estos Consultorios ó *Gotas de leche* funcionaban de varios modos. La mayoría se consagran á dar consejos á las madres y proveerlas de leche para sus hijos. Este es el tipo más general; pero otros funcionan de distinto modo, por ejemplo:

SAUMUR

En *Saumur*, el Dr. Levrand ha establecido dos Consultorios: uno para los niños amamantados por sus madres y otro para los criados artificialmente. En el segundo, las madres *pagan* la leche, y en el primero la madre recibe tres francos cada vez que lleva á pesar al niño, y esta operación se hace quincenalmente en dicho punto.

BAR-LE-DUC

El Dr. Ficatier, á ejemplo del Dr. Levrand, ha establecido un *Consultorio* y una *Gota de leche*, y cada vez que la madre va á pesar al niño, le entrega un *bono de carne*.

APPOIGNI

El Dr. Mocquot, uno de los más entusiastas propagandistas de la higiene infantil, ha creado en Appoigni, en Moneteau y luego en Gurgy, pueblos cercanos donde ejerce, Consultorios, *sin distribución de leche*, destinados tan sólo á dar consejos á las madres, y los resultados han sido grandemente satisfactorios, «estando hoy día tan contentas las madres, que si se suprimiesen los Consultorios, dice este autor, se provocaría una verdadera revolución entre ellas».

RUAN

Esta importante ciudad fué una de las primeras que siguió el ejemplo de Fecamps, y estableció su *Gota de leche*, poniéndose á su frente un distinguido profesor de aquella Escuela de Medicina, el Dr. Brunon, por cierto muy amante de España. En dicha ciudad los resultados también han sido admirables.

El celoso Director de la Sección de Higiene del Ayuntamiento, Panel, ha conseguido que á cada madre que amamante á su hijo se le den cada semana, tres libras de carne, y á la que más se distinga en cuidarlos, un premio en metálico de 10 y 20 francos.

¿Sabéis lo que con esto se ha conseguido? Que así como antes de

1900, apenas llegaba á *una docena* el número de madres que amamantaban á sus hijos (pues en esta ciudad *casi todas empleaban la lactancia artificial)*, después, en 1901, de 222 niños que nacieron

Fueron amamantados por sus madres	109
Criados en lactancia mixta	19
— con biberón	94

y la mortalidad fué en dicho año

En los amamantados por sus madres	5'50 por 100
En los criados con biberón	15'0 —

En algunos puntos se lucha con grandes dificultades, porque, según nos refieren en sus escritos los creadores de estos Consultorios, muchas madres, como pasa en Inglaterra, se niegan á llevar sus hijos al peso.

En honor de la mujer española, yo he decir que desde el primer momento, á nuestro Consultorio han acudido sin inconveniente los *miércoles*, no sólo las pobres á quienes se les da leche mediante los *bonos gratuitos*, sino aquellas pobres también que van los *lunes* á recibir únicamente consejos, y no sólo éstas, sino los *jueves* acuden también las familias acomodadas en demanda de consejos y abonan una pequeña cantidad por la consulta, que dejamos *por completo* á beneficio del Establecimiento para ayuda de sus gastos.

No se detengan, pues, los médicos ó filántropos que deseen establecer Consultorios ante las dificultades ó los obstáculos que se les presenten para la creación de nuevos Consultorios. Háganlos cuanto antes, multipliquen esta hermosa Institución, y donde no se cuente con recursos para suministrar leche, establézcase sólo el *Consultorio de niños de pecho para educar á las madres*, como el del Dr. Mocquot, y como el que por indicación mía creó en el pasado año en Tortosa (importante población de Tarragona) el Dr. Vilá.

Claro que es mucho mejor ayudar al mismo tiempo á la madre que no tiene recursos dándole leche, pero no siempre es esto posible; y nosotros lo que debemos ante todo y sobre todo, es hacer propaganda higiénica para engrandecer á nuestra querida patria, á la que todos debemos amar, para hacer que aumente su población, á fin de que así prospere su agricultura y no presente el tristísimo cuadro que vísteis el pasado domingo: propaganda por medio de la pluma, por medio de la palabra en forma de Conferencias, como yo propuse al Ayuntamiento de Madrid en mi Informe de marzo de 1903, cosa que no se ha hecho y que luego las estableció el Ayunta-

miento de París, inaugurándolas brillantemente el Dr. Budin en 4 de diciembre de dicho año. Y no se limita sólo á eso aquel Municipio, sino que al llegar el verano hace fijar en las esquinas *carteles-avisos* con consejos para prevenir la fatídica *diarrea infantil.*

Yo quisiera para mi patria, lo que Francia, nación por la cual siento gran afecto y simpatía, está haciendo en favor del niño. Allí, á la iniciativa privada del médico higienista se han asociado, no sólo la nobleza, el comercio, la gente adinerada, sino los Municipios, las Diputaciones y hasta el Gobierno como lo prueba el hecho de presidir la sesión inaugural de la *Liga contra la mortalidad infantil* Walder Rousseau, Presidente del Consejo de Ministros; como lo demuestra el Ministro de Marina, Pelletan que acaba de dirigir una circular á los Gobernadores marítimos de los cinco grandes puertos de Francia, participándoles que, en unión del Dr. Ausset, de Lille, y un oficial del Ministerio, se ocupen en la creación de *Gotas de leche* en cada uno de los cinco grandes puertos, anunciándoles que dichos señores se pondrán de acuerdo con ellos para la ejecución del proyecto.

¡Qué hermoso ejemplo, señores, nos presenta Francia! ¡Bendita sea tan noble nación y procuremos imitarla en esto, como la imitamos en otras cosas que no son ni tan útiles ni tan beneficiosas para el bien de nuestra patria!

Ahora váis á ver en el transparente el resultado que nuestros vecinos han conseguido con la creación de los Consultorios y *Gotas de leche.*

Movimiento de población en París.

NIÑOS DE 0 Á 1 AÑO

AÑOS	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES	PROPORCIÓN
1880.....	..... 56.652	..... 10.510	... 18'75 por 100
1890.....	..... 52.927	..... 8.557	... 15 —
1901.....	..... 56.569	..... 6.864	... 12 —

MORTALIDAD POR DIARREA

1880..... 4.274
1901..... 2.157 casi un 50 por 100

Y este descenso de la mortalidad infantil que se observa en París y en todas las poblaciones donde se han instalado los *Consultorios de niños* y *Gotas de leche*, ha dado como resultado á la nación francesa lo siguiente, que váis á ver en otro cuadro:

Movimiento de población en Francia.

AÑOS 1901-1902-1903

AÑOS	NATALIDAD	MORTALIDAD
1901.....	.....2'30 por 100.....	.....2'01 por 100
1902.....	.....2'27 —	.....1'95 —
1903.....	.....2'22 la más débil del siglo XIX.	.....1'93 —

Es decir, que la mortalidad va en disminución, compensándose así la merma nacional que sufre Francia con su natalidad cada vez menor, que, como véis, en 1903 ha sido ¡la más baja del siglo pasado!

Y para que aún lo comprendáis mejor, aquí tenéis este otro cuadro que representa el

Total de las defunciones últimamente ocurridas en Francia.

(Diario oficial).

1900.....	853.286
1901.....	784.876
1902.....	761.434
1903.....	753.606

Lo que da una diferencia en favor de la nación, en los cuatro años, ¡de 99.680 habitantes!

Creo, pues, señores, que la demostración de las ventajas de la activa y persistente campaña de los higienistas, no puede ser más evidente, correspondiéndole una gran parte del triunfo obtenido á los *Consultorios de niños de pecho* y *Gotas de leche*, en buen hora iniciados por los ilustres Dres. Budin y Dufour.

Señores, el tiempo apremia, y aun cuando sólo brevemente, quiero deciros algo de lo que pasa en otras naciones.

BÉLGICA

Esta cultísima nación, donde se rinde fervoroso culto á la higiene, ha sido la que con más ardor ha secundado á Francia en la idea de los *Consultorios de niños*, tomando la niciativa un joven médico de Bruselas, muy inteligente, laboriosísimo, el Dr. D. Eugenio Lust, quien por medio de la pluma y de la palabra, no cesa de trabajar en pro de la infancia. Allá en 1897, Lust creó el primer *Consultorio de niños de pecho* en aquella hermosa ciudad, al que dió el nombre de *Lechería maternal*, obteniendo también éxitos muy notables, puesto que siendo en la capital la mortalidad de 17 por 100, en la *Lechería maternal* no es más que de 11'50.

A pesar de que Bruselas es, como vísteis el domingo pasado, la capital de Europa que menos mortalidad general acusa (pág. 212), «en Bélgica, dice el Dr. Lust, el número de niños pequeños que desaparecen todos los años es verdaderamente increíble (1)». De ahí que se hayan los belgas apresurado á crear Consultorios, y hoy los tienen en Hodimont (uno de los mejores instalados que ví en el viaje que hice en 1903 para estudiar esta Institución), y fué creado por Julio Cerexhe, que aun cuando no posee el título de médico, es un ardoroso propagandista de la higiene infantil, y un gran filántropo; en Lieja, á cuyo frente se halla el ilustre catedrático de aquella Facultad de Medicina, Dr. Charles; en Gante, en Amberes y Mon, estando en vías de inaugurarse en otras capitales.

Es tal el entusiasmo que en dicha nación se ha despertado en favor del niño, que no sólo se han instalado los Consultorios, sino que en octubre de 1903 se ha formado la *Liga nacional belga para la protección á la infancia*, por iniciativa del ilustre Dr. Lust, poniéndose al frente de ella los Príncipes herederos del trono, y ha sido recibida con gran entusiasmo por todo el país. Además, á semejanza de la primera *Escuela de Madres* que en 1896 fundó en el Ateneo de Burdeos la eximia escritora Moll Weis, han creado los belgas una *Escuela de Puericultura*, no particular como aquélla, sino dándole carácter *oficial*, habiéndose verificado el acto inaugural el día 20 de noviembre del pasado año. Aquí tengo el *Programa* de los cursos, que me ha remitido el Dr. Lust, y que os aseguro me ha dejado maravillado, pues es verdaderamente notable. A los cursos que se dan todos los domingos, acuden las maestras, comadronas, enfermeras,

(1) Contribution á la Puericulture, Protection á la prémière enfance. (Conferencia).

las madres y jóvenes ya adultas, y comprende no sólo la higiene relacionada con el niño después de nacer, sino la de la madre durante el embarazo, incluyendo nociones de higiene matrimonial, etc. Es decir, señores, que es un curso completo de todo cuando á la salud ulterior del niño se refiere.

Además, desde julio de 1904 se entrega á todos los padres, al inscribir á un hijo en el Registro civil de nacimientos, unas *Instrucciones á las madres*, semejante á la *Cartilla higiénica para las madres* que yo publiqué á *principios del año* 1903. Igual petición hice aquí yo entonces, sin lograrlo desgraciadamente hasta ahora.

BERLÍN

En esta capital no hay, en realidad, Consultorios, pero pronto los tendrá, pues el Dr. Neumann está organizando uno, y además, el Ayuntamiento ha votado ya la suma de 50.000 marcos para la creación de otros cuatro.

Además, los herederos del ilustre médico Virchow han hecho al Municipio un donativo de 62.500 pesetas para contribuir á la campaña contra la mortalidad infantil, que con tanto empeño ha emprendido.

VIENA

En la hermosa ciudad austriaca acaba de instalarse una *Gota de leche*, aneja al gran *Hospital de niños*, y la leche procede de una granja propiedad de la Archiduquesa Isabel, entusiasta protectora de los niños pobres. La cantidad que por el pronto se distribuye, es de 250 litros diarios. Los niños son pesados semanalmente, y á cada uno se le da, según necesita, hasta uno ó dos litros (esta última cantidad me parece excesiva). Si el resultado que se obtenga es favorable, hay el propósito de establecer otras varias.

RUSIA

Además de la *Cruz azul*, Institución que tiene por objeto la protección á la infancia, y de la que forman parte la familia imperial, la nobleza y demás clases sociales, acaba de crearse una *Asociación para prevenir la mortalidad infantil*, habiendo celebrado su primera sesión el 24 de diciembre pasado. En ella el Dr. Gundobin dijo que de los 2.100.000 niños que nacen cada año en el Imperio, mueren *antes del primer* año 1.200.000, es decir, *más de la mitad*, y que las principales causas eran la ignorancia de las madres y la miseria.

Esta nueva Asociación se propone, pues, crear cuanto antes Casas

cunas, hospitales, *Gotas de leche* para difundir los conocimientos de higiene y suministrar leche de excelente calidad.

Figuran al frente de tan benéfica Institución, como Presidente, el general V. Ropp, Consejero imperial; Vicepresidente, el Dr. A. Russoff, y Secretario, el Dr. W. Dementjeff (1).

INGLATERRA

En esta nación hay ya 12 ciudades que tienen *Gotas de leche*, no conocidas allí con este nombre, sino con el de *Depósitos de leche*.

Dichas capitales son, por el orden en que los establecieron:

Santa Elena (1899), Liverpool y Ashton, Lyne y Duckinpeld (1901), Battersea (1902), Leith, Bradford y Vork (1903), Dundeé, Glasgow y Burnley (1904), y bien pronto lo habrá en Bermingan.

Debo advertir que hay ciudad, como Liverpool, que tiene nada menos que *seis* Depósitos, establecidos en varios de sus distritos.

En estos Establecimientos, la leche que se da es pasteurizada ó esterilizada á 100 grados centígrados durante diez ó veinte minutos. En unos se pesa á los niños y son examinados por el médico, como en Dundeé; en otros no se sigue esta práctica, como en Liverpool, por lo refractarias que son las madres á esta operación; pero las señoras de la Junta de Patronato son las encargadas de ir á las casas de los niños á vigilarlos y dar instrucciones á las madres.

De todos estos Establecimientos, el mejor instalado es el de Battersea, en un todo semejante al de Fecamp, y á cuyo frente se halla un médico muy ilustrado y entusiasta en grado extremo, el doctor G. K. Cleary.

Los resultados que están produciendo estos *Depósitos de leche* son también notables, como váis á ver ligeramente.

En *Liverpool* la mortalidad de niños *menores de un año* fué:

En 1899 á 1900.....	De 188'1 por 1000
1901.....	188'0 —
1902.....	163'0 —
1903.....	151'0 —

La *Gota de leche* se estableció en 1901.

En *Battersea* se creó en junio de 1902, y ved lo que ha sucedido.

La mortalidad infantil ha disminuído en esta forma:

1897 á 1901.....	161'8 por 1000
1902.....	136'0 —
1903.....	135'0 —

(1) Posteriormente he sabido que existe en San Petersburgo una *Gota de leche*, dirigida por la ilustre Doctora Margouliés.

ITALIA Y SUIZA

También en Italia y en Suiza se han instalado *Gotas de leche*, pero no puedo, apremiado por el tiempo, detenerme en describirlos. Quiero deciros cuatro palabras acerca de lo que pasa en los

ESTADOS UNIDOS

El filántropo Nathan Straus, aterrado por la espantosa mortalidad infantil de Nueva York, y comprendiendo que el mejor medio de combatirla era suministrar á los niños pobres leche de excelente calidad, estableció en 1893 un *Depósito de leche* pasteurizada, y para que os forméis idea del beneficio grande que con ello ha reportado, os diré que sólo en 1902 se han vendido en dicho depósito *¡Un millón doscientas mil* botellas!

Semejante á este *Depósito de leche* se han inaugurado después otros en Brooklyn, Filadelfia, Yonkers, Chicago y Rochester; estos dos últimos proveen, no sólo leche esterilizada, sino también cruda.

La mortalidad infantil, que era en Nueva York, en 1891, de 99 por 1.000, descendió ya en 1896 á 76'50.

Verdad es que en ningún país se ha tomado tan en sèrio la cuestión de la buena leche, como en los Estados Unidos. Baste deciros que allí está considerado como grave delito, *como crimen*, la adulteración de la leche, y se castiga á los falsificadores con penas severísimas. La primera falta está penada con 1.000 pesetas, la segunda con 1.200 y 1.300, y la tercera con prisión y supresión de la licencia para expender leche.

Los vendedores al por mayor tienen ineludible obligación de presentar, *mensualmente*, una relación que comprende el número de vacas que poseen, la edad, raza y clase de alimentación que en ellas se emplean.

Además, al llegar la época del verano, ¿sabéis lo que se hace allí? La Dirección de Sanidad envía al «Cuerpo de Inspectores de verano», compuesto de 50 médicos, á las casas de los pobres á repartir las cartillas, á fijar en las paredes cartelitos donde se consignan reglas de higiene infantil, y á dar consejos verbales á las madres.

Estos inspectores recorren también las tiendas donde se expende leche, y tienen atribuciones para ordenar el cierre de aquéllas que no cumplan con las ordenanzas municipales.

Para terminar la parte de los Estados Unidos, quiero referiros un hecho que conviene conozcáis y que debe servir de ejemplo.

El célebre «rey del petróleo», el opulento capitalista Rockfeller, perdió á una nietecita víctima de la *diarrea estival*, y en memoria de ella, regaló al Estado de Nueva York *doscientosmil duros*, con objeto de que crease un Laboratorio de Higiene, una especie de Gota de leche, al que han dado el nombre de *Instituto Rockfeller*.

En el informe publicado hace tres años se consignan datos interesantes, entre ellos el siguiente:

A fines de junio fueron sometidos á observación tres grupos de niños procedentes de varios distritos de la ciudad, alimentados exclusivamente con leche de vacas. En cada distrito se dejó que unos niños siguiesen tomando la leche del comercio conforme lo venían haciendo, y á los otros niños se les dió leche escogida, de excelente calidad.

Durante los meses de julío y agosto, casi todos los niños sufrieron algo, sobre todo *diarrea*; pero se observó la siguiente diferencia: de los niños que hicieron uso de la leche buena, sólo murieron *dos*, uno de pulmonía y otro de *diarrea*, y los que experimentaron trastornos, fueron estos de poquísima importancia y aumentaron bien en peso. En cambio, de aquellos otros niños que fueron alimentados con leches procedentes del comercio, fallecieron en gran número, padecieron enfermedades de carácter grave, y el aspecto que en general presentaban era malo.

Ahora bien, señores, sabedor yo de los grandes beneficios que estaba reportando en estos diferentes países tan humanitaria Institución; conociendo por propia experiencia, adquirida en mi hogar, los hermosos resultados que se obtienen de la prudente aplicación de las reglas que la higiene infantil tiene trazadas, no os extrañará que naciera en mi alma el deseo de hacer copartícipe á mi patria de tales beneficios. Os explicaréis bien ahora ese entusiasmo, rayano quizá para algunos en verdadera monomanía, que siento yo por esta hermosísima Institución, el empeño tenaz que pongo en que se propaguen por toda España, y el por qué, sin tener en cuenta mis escasas condiciones personales, he tenido el atrevimiento de ocupar este sitio y venir á centro tan respetable como el Ateneo, no en busca de notoriedad, sino creyendo cumplir con el ineludible deber que todo buen ciudadano tiene de aportar, siquiera sea un grano de arena, á la regeneración y engrandecimiento de su patria.

Señores, el reloj me indica que he traspasado los prudentes límites que estas Conferencias deben de tener, y, además, comprendo que he abusado de vuestra bien probada paciencia. Os pido por

ello mil perdones, y en el próximo domingo, si me honráis como hoy con vuestra asistencia, os diré cómo funciona el *Primer Consultorio de niños de pecho*, de Madrid, los resultados en él obtenidos, y os daré cuenta de los demás que se han establecido ya en España.

(Continuará).

NOTAS CLINICAS

I. Tratamiento de la pústula maligna.—II. El azúcar en la inercia uterina.

I

Nuestro suscriptor D. Lucio Alvarez, médico titular de Iruelos, nos remite el siguiente caso:

El enfermo era un hombre dedicado al pastoreo. Tenía en el borde cubital del carpo del brazo derecho una enorme pústula, negra, rodeada de un círculo rojo, con tendencia al amoratamiento; á este círculo seguía un edema que se extendía hasta el tercio superior del antebrazo. El enfermo revelaba ligera preocupación y algún dolor soportable. La afección principió por dolores punzantes en el sitio afectado, que le obligaron á rascarse; los dolores persistieron, levantándose una ampollita blanca. El médico que le vió le dispuso lavatorios con agua sublimada y una pomada para después, extirpándole ó mejor punzando la vesícula. A los dos días se le puso la mano edematosa, apareciendo una pústula enorme. El Sr. Alvarez, previa desinfección de la cánula y lavado de la parte, incindió la pústula, que derramó un líquido seroso turbio; cortó y limpió como pudo la parte gangrenada, hizo dos incisiones cruciales y profundas, por las que salió algo de sangre, pidió una yema de huevo y un poco de sal de cocina, *ad livitum*, las mezcló, haciendo una pomada que aplicó sobre la herida, con orden de renovarla cada tres horas.

Por si esto era insuficiente, y temiendo no sirviera para nada, le puso dos ó tres inyecciones hipodérmicas de agua sublimada alrededor de la superficie edematosa.

A los tres ó cuatro días de esta sencillísima y maravillosa cura, supo que el enfermo había abandonado el lecho y dedicádose á sus ocupaciones habituales.

El Sr. Alvarez recomienda este procedimiento en vista del resultado obtenido en un caso tan grave, procedimiento que está al alcance de todos los médicos y que tiene, además, la ventaja de su sencillez.

II

D. Eduardo Llanos y Falces ha empleado con éxito el azúcar en dos casos de inercia uterina. Los casos del Dr. Llanos son interesantes por la frecuencia de la inercia del útero y por la eficacia é inocuidad del tratamiento.

Llamado para asistir á una parturienta en la que las contracciones uterinas se habían suspendido por completo hacía tiempo, y á pesar de la dilatación del cuello y buena presentación de vértice, el parto no terminaba; estando la mujer por esta única causa sumamente fatigosa y cansada, me acordé entonces de las indicaciones del Dr. Madlener, y como la ocasión era muy oportuna, inmediatamente mandé á la paciente que se tomara dos onzas de azúcar en terrones gruesos y encima bebiese un cortadillo de agua.

A los veinte minutos se iniciaron las contracciones de la matriz, que fueron cada vez más fuertes, y á los treinta y cinco minutos terminó el parto perfectamente y por completo, sin que la parturienta sintiese cansancio ni novedad alguna.

He empleado después el mismo tratamiento en el caso siguiente:

Hace poco tiempo, á media noche, vino una mujer á pedirme, de parte de la comadrona, una receta de *dos papelillos* para una cliente mía que estaba de parto. Me dijo que no ocurría nada malo y que la criatura venía bien, pero que hacía ya tiempo que se habían parado los dolores, estando la parturienta molesta y cansada en extremo. Yo la manifesté que en virtud de que no ocurría nada malo y no había señales de hemorragia, que esperasen con un poco de paciencia, que ya volverían los dolores de parto. A las dos horas volvieron otra vez con las mismas exigencias, pues todo estaba parado por falta de dolores. Ya me disponía á hacer la receta del cornezuelo, cuando recordé el azúcar, y dije á la emisaria que dieran á la parturienta tres ó cuatro puñados de terrones de azúcar bien gordos, y si dentro de una hora no paría, le prescribiría los papelillos.

Así lo hicieron, con lo cual á la media hora, poco más ó menos, volvieron á empezar los dolores, que fueron cada vez más fuertes, hasta terminar el parto con toda felicidad.

Convendría repetir estos ensayos con el objeto de ver si el azúcar podría sustituir en estos casos sencillos al cornezuelo, pues si bien es verdad que éste nos da excelentes resultados en la inercia de la matriz, también es cierto que casi siempre produce contracciones completas y prolongadas que impiden ó dificultan la expulsión de restos placentarios, dando lugar á fiebres infecciosas, lo cual no ocurre con los efectos del azúcar, pues esta substancia obra, según el Dr. Madlener, combatiendo el cansancio muscular y la debilidad, tonificando los músculos y dándoles la energía necesaria para el desempeño de sus funciones. Y que esto es así, lo prueba el que en algunas naciones dotan al ejército de raciones de azúcar, con la cual los soldados se sienten con más energía en sus marchas y evoluciones.

Probados todos estos hechos en repetidos y análogos casos, podríamos con el azúcar satisfacer otras muchas indicaciones en ciertas enfermedades y convalecencias cuando los tónicos musculares se hallan indicados.

REVISTA DE OFTALMOLOGÍA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital General y Hospicio. Profesor de Oftalmología en la Facultad de Medicina de Madrid

SUMARIO: I. La tensión arterial en el glaucoma.—II. La estovaína en la práctica oftalmológica.—III. La protesis ocular por el ingerto de un ojo de conejo.—IV. Tratamiento de la catarata por las inyecciones subconjuntivales.—V. Conducta que debe seguirse con las cataratas diabéticas.

I. El Dr. Frenkel ha hecho una extensa comunicación á la Sociedad de Medicina de Toulouse sobre *La tensión arterial en el glaucoma.*

El autor expone las relaciones que ligan al glaucoma con las enfermedades de los vasos, arterio-esclerosis ó ateroma, á las cuales han dado gran importancia Panas y Haab.

Después determina las relaciones que existen entre la tensión ocular y el estado de permeabilidad renal, las cuales sirven de base para el tratamiento por las substancias osmógenas.

Detalla 15 observaciones de glaucoma, en las cuales ha determinado la tensión arterial en el antebrazo con el aparato de Laulanié.

Los resultados que se desprenden de sus estudios se concretan en las siguientes conclusiones:

1.ª El examen del corazón y de los vasos demuestra con gran frecuencia en el glaucoma lesiones arteriales, en tanto que el corazón rara vez estaba atacado, siendo su contracción unas veces fuerte y otras débil.

2.ª El examen esfigmomanométrico ha demostrado un aumento de la tensión arterial en 14 de los 15 casos. Este aumento no es comparable con el que se observa en la retinitis albuminúrica, pero es superior al que se observa en enfermos atacados de catarata senil. En un caso de catarata en el que un ojo presentaba signos de glaucoma crónico, la tensión arterial estaba elevada.

3.ª Entre las condiciones que pueden influenciar la tensión arterial, el autor ha podido examinar la acción del régimen aclorurado ó clorurado y la de los purgantes.

4.ª Si se examina la permeabilidad renal en los glaucomatosos, se debe, ante todo, tener en cuenta la edad de los enfermos. Teniendo en cuenta este factor, el autor consigna que los enfermos no presentaban lentitud en la eliminación del azul de metileno. La eliminación de esta substancia en los glaucomatosos es más rápida que en los que padecen cataratas.

5.ª Los efectos terapéuticos del tratamiento osmótico merecen que se hagan nuevos estudios. En cuatro casos en que quisimos establecer el régimen aclorurado, hemos tenido que luchar contra la resistencia del enfermo á usarle durante algunos días. Los efectos obtenidos son difíciles de apreciar por esta resistencia de los enfermos.

6.ª En un caso en que hemos ensayado la adrenalina de un modo prudente, hemos visto recaer al enfermo con un acceso de glaucoma agudo, por lo cual no hemos querido hacer nuevas tentativas. Es verdad que no se trataba de un caso de glaucoma incipiente, pero la adrenalina nos ha parecido un agente bastante perjudicial en el glaucoma para correr el riesgo de una agravación en el caso en que el ojo conserve una buena parte de su agudeza visual.

Recordemos, además, que M. Josué ha practicado experimentos, en casos de ateroma de los más típicos, con la adrenalina, y aconseja ser muy prudente en el empleo de este poderoso agente.

Si se nos pregunta ahora cuál es el papel de la tensión arterial en la producción del glaucoma, hemos de reconocer que nos encontra-

mos todavía en la fase de estudios previos para la demostración de un hecho. Es indudable que los glaucomas son muy frecuentes cuando hay hipertensión, pero, como dice Terson, el estado de tensión es solamente uno de los factores patogénicos del glaucoma.

El autor concluye su trabajo diciendo que si en los enfermos de catarata es á la permeabilidad del riñón á lo que hay que atribuir un papel principal en la producción de los fenómenos oculares, en los glaucomatosos es principalmente la presión arterial la que interviene. En los unos y en los otros hay otros factores patogénicos que el porvenir deberá descubrir. (*Archives d'ophtalmologie*, enero de 1905).

II. El Dr. Santos Fernández, de la Habana, ha publicado un artículo sobre la estovaína en la terapéutica oftalmológica, y después de exponer algunas consideraciones sobre sus aplicaciones, establece las siguientes conclusiones:

1.ª La estovaína comparte ventajosamente con la cocaína la propiedad de anestesiar el ojo y sus accesorios para operar en ellos sin dolor.

2.ª Su uso debe limitarse á las inyecciones subcutáneas y subconjuntivales, pues en instilaciones la cocaína la supera.

3.ª Por la propiedad vasodilatadora de la estovaína, debe preferirse siempre á la cocaína en inyecciones, pues ésta, que las tiene opuestas, puede, á pesar de seguir los sabios consejos de Reclus, provocar, según las idiosincrasias, cierta ansiedad precordial y palidez del rostro, de que se está á cubierto casi por completo empleando la estovaína.

4.ª Puede operarse sentado, sin temor al síncope frecuente en las inyecciones de cocaína, por más que desde hace algunos años hemos evitado aquél colocando al operado en decúbito, sea ó no anestesiado, y de este modo hemos suprimido los accidentes que puedan seguir á aquella.

5.ª Además, el precio ínfimo á que puede obtenerse la estovaína es otra circunstancia que la hace recomendable. (*Gaceta Médica de Méjico*, marzo de 1905).

III. M. Lagrange (de Burdeos) ha presentado á la Sociedad de Oftalmología resultados definitivos sobre su operación de ingerto de ojo de conejo en la cápsula de Thenon. Presenta ocho observaciones con fotografías de sujetos operados de cuatro años y medio, de tres, de dos y de un año.

Deduce de estos hechos que el ingerto da resultados duraderos y

definitivos: el ojo pierde la mitad y algunas veces dos tercios de su volumen, pero permanece en la cápsula de Thenon un muñón movible y muy útil para la protesis.

Para que la operación dé buenos resultados, Lagrange insiste sobre la necesidad de seguir bien los detalles de su técnica, que son los siguientes:

1.° Hacer una perfecta hemostasia de la cápsula de Thenon.

2.° Colocar la córnea del ojo que se ingerta hacia atrás.

3.° Colocar delante de él los cuatro músculos rectos previamente desecados, suturándolos de dos en dos, el recto interno con el recto externo, el recto superior con el recto inferior.

4.° Por encima del capitonaje muscular debe hacerse una sutura conjuntival de puntos separados. (*La Presse medicale*, 6 mayo 1905).

IV. Según el Dr. Verdereau (de Barcelona), la extracción, ó de una manera general, la supresión del cristalino, no es el desideratum terapéutico á que se debe aspirar. Este desideratum debe encontrarse consiguiendo de nuevo la transparencia del cristalino.

Fundándose en los buenos resultados obtenidos por Badal, que se propone detener la marcha progresiva de las opacidades cristalinianas con los colirios y pomadas yodadas, el autor ha comenzado una serie de experimentos en los animales con el fin de encontrar un medio de hacer más enérgica la acción del yoduro potásico, buscando no solamente la detención de los progresos de la catarata sino también su regresión.

De sus observaciones saca las siguientes conclusiones:

1.ª El yoduro potásico en inyección subconjuntival posee una acción regresiva manifiesta sobre las opacidades del cristalino.

2.ª Esta acción es débil ó casi nula sobre las opacidades de la cápsula.

3.ª El yoduro de potasio se opone á la progresión de opacidades del cristalino.

Animado por los resultados obtenidos, el autor se decidió á emplear el mismo tratamiento en enfermos que á él quisieron someterse, advirtiéndoles de su ineficacia posible, de su larga duración y del dolor más ó menos intenso que la inyección subconjuntival podría producirles. Los resultados obtenidos, según el autor, han sido muy concluyentes.

El *modus faciendi* es muy sencillo. Se hace penetrar la aguja fina de una jeringa de inyecciones y se inyectan algunas gotas de una solución esterilizada de yoduro potásico al 5 por 100.

Para hacer la inyección casi indolente, añade á la solución de yoduro potásico otra de acoína al 2 por 100 en cantidad suficiente para impedir la precipitación de ésta. La cantidad de mezcla empleada por cada inyección es de 1 centímetro cúbico.

Para combatir la hiperemia conjuntival, que se presenta algunas veces con gran intensidad, el autor emplea instilaciones repetidas de un colirio de adrenalina al 1 por 3.000 y argirol. (*Archivos de Medicina y de Cirugía oculares*, enero 1905).

V. El Dr. Vinsonneau trata de la conducta que debe seguirse en las cataratas diabéticas. Desde luego establece que la catarata diabética debe operarse, porque no es susceptible de curación por una medicación interna. Las reglas generales que determinan la indicación operatoria son las de toda catarata, pero las contraindicaciones operatorias son las siguientes:

1.ª La impresionabilidad particular de ciertas cataratas diabéticas.

2.ª El marasmo diabético muy acentuado.

3.ª El mal estado general del diabético: albuminuria, diarrea intensa, lesiones cutáneas muy extensas, tuberculosis pulmonar, edema, ascitis, alteraciones nerviosas.

4.ª La glicosuria enorme. Pero esto no es una contraindicación operatoria muy importante. Y de una manera general, el factor «glicosuria ligera y albuminuria» es mucho más de temer que el factor «glicosuria enorme sin albuminuria».

Es, por tanto, necesario no abandonar la institución de un tratamiento antidiabético suficientemente prolongado. Este tratamiento es variable, según que se trate de un enfermo pobre ó acomodado.

En el enfermo pobre es preciso instituir: *a*) el régimen alimenticio del diabético; *b*) las reglas de higiene; *c*) un tratamiento medicamentoso: antipirina ó arsénico.

El tratamiento por la antipirina debe instituirse en todo enfermo de catarata diabética que presente más de 10 gramos de azúcar en veinticuatro horas.

El tratamiento por la antipirina no deberá ser instituído sino con prudencia en los diabéticos enfermos de mucho tiempo con lesiones cardíacas y, sobre todo, renales. La antipirina es muy útil para preparar al enfermo á sufrir la operación de la catarata en las mejores condiciones de seguridad que sea posible.

El arsénico puede también dar buenos resultados en los enfermos de cataratas, diabéticos, debilitados y amenazados de tuberculosis.

Se debe prescribir el licor de Fowler ó bajo la forma de uno de los derivados conocidos últimamente.

En el enfermo acomodado debe disponerse el mismo régimen alimenticio, la misma higiene y la misma medicación, pero además se puede disponer un tratamiento termal que complete el precedente. Una cura en Vichy ó en Carlsbad en los diabéticos gruesos y sin complicaciones viscerales, una cura en la Bourboule ó en Royat en los diabéticos enfermos hace mucho tiempo, más ó menos anémicos ó con diabetes nerviosa.

Es necesario, en fin, evitar al enfermo las emociones susceptibles de determinar el coma diabético. (*Archivos de Medicina y de Cirugía especiales*, abril de 1905).

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

I. La lucha antituberculosa, por el Dr. D. Antonio Espina y Capo.—Madrid, 1904.

II. Resumen de los trabajos practicados en el laboratorio del Ayuntamiento de Madrid durante el año 1904, redactado por el Dr. D. César Chicote. — Madrid, 1905.

III. La anquilostomiasis ó anemia de los mineros, por D. Marciano y D. Juan González. — Madrid, 1905.

IV. Discurso leído en la sesión inaugural de la Real Academia de Medicina de Zaragoza el año 1905, por D. Ramón Bosqued García, precedido de la Memoria reglamentaria, por el Dr. D. Pablo Sen y Serón. —Zaragoza, 1905.

I

La *Lucha contra la tuberculosis* es un folleto de 120 páginas en 4.°, con nutrida lectura, muy bien presentado por la casa editorial de Bailly-Baillière, y está escrito con el único objeto de que sirva de libro de lectura á los alumnos de las Escuelas de 1.ª y 2.ª enseñanza.

Siendo su autor, nuestro querido compañero de Redacción, el Dr. Espina, me parece que está hecho todo su elogio y elogio bien merecido y entusiasta; y no ciertamente por ser querido amigo y compañero de glorias y fatigas en distintas Corporaciones (puesto

que la verdad se abre paso siempre á través de todas las benevolencias y aún más á través de las densas nubes que levantan los juicios apasionados, particularmente si se inspiran en la execrable envidia) sino por la reputación bien cimentada é indiscutible que en materia de lucha antituberculosa goza el autor.

La labor de nuestro compañero me causa el más profundo respeto, con tonos de admiración y de entusiasmo, como la causará siempre que no se la juzgue con la superficialidad á que estamos acostumbrados, y con la pasión, inconsciente muchas veces, que nos domina á los contemporáneos de derribar á los que miramos muchos codos por encima de nuestras cabezas; por esto la generación venidera, exenta de apasionamientos inspirados en menudencias malévolas, colocará á Espina entre los médicos que más enaltecieron la medicina patria por su saber y su laboriosidad.

Espina es la mariposa que se siente irresistiblemente atraída por la luz de toda novedad científica..... y hasta de las no científicas y posee el don poco común y nada fácil de sabérselas apropiar y digerir (si se me permite el verbo) con inusitada rapidez, y el afán, desmedido si se quiere, pero nunca bastante elogiado, de comunicarlo á sus semejantes, unas veces en forma de atractiva y picante conversación ó de meditado discurso, otras en forma de insinuante conferencia ó de quisquillosa comunicación, y otras, por fin, en forma de vulgarización científica y de propaganda.

A esta última clase de trabajos corresponde el que es objeto de estas líneas; en él da á conocer en 24 lecciones y en forma clara y llana, sin pecar de tecnicismo médico y al alcance de las tiernas inteligencias, lo más fundamental é imprescindible de cuanto todo individuo no médico debiera conocer para convertirse, por la fuerza firme de la propia convicción, en un soldado decidido y entusiasta del ejército que ha de librar la batalla á la mortífera tuberculosis. Espina es el gran campeón de la lucha antituberculosa española, porque reune estas tres raras cualidades: *vasto saber*, *gran entusiasmo* y aun MAYOR DESINTERÉS; pero no bastarán sus abnegadas campañas y su reciente libro de lectura, si todas las fuerzas de ese ejército no van guiadas por un sólo general, y si dicho libro no se lee ó no se le destina al objeto porque fué escrito. Si el catecismo es el libro de la salud del alma, bien puede asegurarse que el librito de Espina merece ser considerado como el catecismo del cuerpo.

II

Memoria de 40 páginas en 4.° mayor, donde el Dr. Chicote, con su reconocida competencia y con sus entusiasmos, refiere en forma concisa los trabajos realizados por el Laboratorio del Ayuntamiento de Madrid en 1904. Datos de gran interés encontrará el lector en dichas páginas referentes á la vacunación, á los análisis de substancias alimenticias, á los proyectos de destrucción de inmundicias, á las inspecciones, á la sanidad veterinaria, á la desinfección, etc. Y es de notar, para satisfacción del inteligente Director del Laboratorio y en justa defensa del vecindario de Madrid, que las prácticas higiénicas y cuantos actos exige su realización, figuran en progresión creciente en las estadísticas, y de un modo principal la desinfección, la cual si no sirve para gran cosa, según dice el Dr. Monmeneu, representa en cambio un medio muy aceptable de educación higiénica y sirve de régimen disciplinario apropiado para corregir nuestra indómita intolerancia y nuestra natural disposición á burlar toda medida emanada de la superioridad.

III

La anquilostomiasis ó anemia de los mineros es un folleto de 24 páginas en 4.°, con 3 láminas, que contienen fotografías microscópicas, que fué premiado por la notable *Revista Ibero-Americana de Ciencias médicas* y que honra extraordinariamente á sus autores, los hermanos González, médico y farmacéutico de las minas de Horcajo (Ciudad Real). Comienza el trabajo por una historia resumida del padecimiento, y tras la afirmación de que en las minas de Horcajo los obreros son víctimas de dicha enfermedad (el 25 por 100), estudian en capítulos separados la *historia natural y biología del parásito*, el *contagio*, la *profilaxis*, los *síntomas*, el *diagnóstico* y el *tratamiento*, el cual va seguido de nociones parasitológicas diferenciales respecto de la *anguillula intestinalis*.

Realmente se trata de un trabajo que merece ser leído por todo médico y en particular por los que prestan su asistencia médica en las explotaciones mineras, y aunque se observen algunas lagunas de importancia como la de no mencionar el contagio por la piel, por ejemplo, es lo cierto que en casi todas las páginas se descubre la labor personal de los autores, principalmente cuando se ocupan de la historia natural y biología del anquilostoma.

Por la concienzuda labor de investigación que han llevado á cabo

y por ser los primeros médicos de explotaciones mineras que han publicado un trabajo original en España acerca de este asunto, bien merecen sus inteligentes autores nuestra cordial enhorabuena y el acicate indispensable para que prosigan por la senda fecunda que con tanto éxito han emprendido.

IV

En este folleto figura un discurso inaugural precedido de una Memoria redactada por el Secretario perpétuo de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, acerca de las tareas desempeñadas por la Corporación durante el año 1904, y en la que el ilustrado Dr. Sen y Serón da una vez más muestras de su amenidad y de su amor á aquella docta Academia.

El discurso inaugural es debido al inteligente farmacéutico don Ramón Bosqued García y versa acerca del hermoso tema: *Química de la célula viva.* El discurso es muy breve, y tras de la afirmación de que el conocimiento químico de la materia viva es un problema sin resolver y después de algunas consideraciones acerca de tan transcendental asunto, termina afirmando que es necesario tener confianza en lo futuro, puesto que al porvenir está reservada la solución.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Un nuevo tratamiento de la erisipela. — En la *Gaceta Médica Catalana* publica el Dr. D. Emilio Pérez Noguera un interesante artículo relativo al asunto, y después de hacer historia detallada de los diversos tratamientos seguidos en la erisipela, dice:

«El material no falta y medios no escasean, pero los resultados que con la mayoría se alcanzan, distan mucho de ser lo inmejorables que sus preconizadores aseguran.

Unos, como las inyecciones subcutáneas, son de aplicación dolorosa; otros, como la tintura de yodo, el nitrato de plata y el ácido fénico en soluciones concentradas, determinan la destrucción de las partes enfermas, exigiendo para su reparación más tiempo quizás que para la terminación espontánea del proceso morboso, y suelen dejar cicatrices; otros, como el alcanfor, la trementina, la creosota, la resorcina, el yodoformo, el triclo-

rofenol y la creolina, son bastante infieles, y aun en ocasiones fallan por completo, y hasta el mismo sublimado dista mucho de merecer los entusiastas elogios que se le tributan.

Pero si estos medicamentos no han logrado alcanzar la curación rápida y perfecta del proceso infeccioso que se estudia, á pesar del gran poder parasiticida de la inmensa mayoría de aquéllos, existe uno que, sin ser tan eminentemente antiséptico y sin poseer acción antizimótica tan rápida y enérgica como el yodo, el sublimado ó el nitrato de plata, ha logrado alcanzar lo que dichos antisépticos no han podido hasta ahora conseguir. Este medicamento es el *ácido salicílico.*

Desde hace quince años vengo empleando el referido ácido como tópico en la erisipela, y desde entonces puedo asegurar que no he obtenido más que triunfos.

Cada tres ó cuatro horas, según la gravedad del mal, se extiende con un pincel por toda la parte enferma y algunos centímetros de la porción sana que circunscribe la chapa erisipelatosa, un linimento formado con 50 gramos de agua de rosas, 50 de glicerina y 10 de ácido salicílico, teniendo cuidado de agitar bien el frasco que contiene la mezcla antes de cada aplicación.

Desde las primeras aplicaciones, la erisipela deja de extenderse, limitándose á la porción que ya había invadido.

Al día siguiente, la fiebre desciende, la mancha roja toma un color más obscuro, próximo al violeta, hasta desaparecer por completo; la piel que estuvo invadida se descama y la enfermedad cura en un período variable entre tres á seis días. Sólo en dos casos hemos observado recidiva, pero el largo plazo transcurrido entre la desaparición del primer ataque y el comienzo del segundo (más de seis semanas), nos autoriza para afirmar que se trataba en estos enfermos de una nueva infección.

En cuanto al modo de obrar del medicamento, no puede ser otro que destruyendo el agente específico, haciendo morir ú oponiéndose á la reproducción y desarrollo del estreptococo.

Quizás ocurra preguntar cómo el ácido salicílico logra este resultado más pronto y completamente que el bicloruro hidrargírico, á pesar de ser el último mucho más antiséptico que aquél, pero este hecho, que á primera vista parece extraño, se explica, no obstante, de un modo satisfactorio teniendo en cuenta la especial susceptibilidad de algunos microorganismos por determinados antisépticos. ¿Acaso la quinina no posee contra el hematozoario de Laveran una acción mucho más enérgica que los antisépticos más poderosos? ¿Acaso el mismo ácido salicílico no actúa sobre el germen específico del reumatismo agudo, sea éste el que quiera, con mayor rapidez y energía que ningún otro producto bactericida? ¿Acaso los mercuriales no tienen una acción especial sobre la sífilis? Si pues esto es así, y reconocido está por todos, nada de extraño tiene que el ácido salicílico desenvuelva un efecto particular sobre el estreptococo de la erisipela.

Por lo que á nosotros concierne, podemos asegurar que no nos ha fallado nunca, y que tanto en la práctica particular, como en la hospitalaria, nos ha producido siempre un resultado maravilloso».

De 32 casos de su práctica particular, en ninguno de ellos se ha exten-

dido el proceso morboso más allá del punto que ocupaba al comenzar el tratamiento, y todos han curado en un plazo variable entre tres y seis días.

Después de detallar casos de su práctica hospitalaria, dice:

«En resumen, hemos sometido al tratamiento antes indicado 82 enfermos de erisipela (67 de la cara ó cabeza y 15 de los miembros inferiores), sin ninguna defunción.

En ninguno se prolongó la enfermedad más de seis días después de haber comenzado el tratamiento, pero predominan los enfermos que curaron en tres ó cuatro días».

De varios casos clínicos, entresacamos el siguiente:

«Anciano de setenta años, con erisipela grave de la cara, fiebre muy alta, 40°,5, subdelirio, gran quebrantamiento, angustia indecible, pulso muy frecuente é irregular y cefalalgia sumamente intensa.

Gracias á las embrocaciones con el linimento salicilado, se consigue limitar la extensión del exantema, alcanzando desde el segundo día de tratamiento el descenso de la fiebre hasta 38 ó 38°,5 y un alivio muy acentuado de todos los síntomas, tanto locales como generales.

A los cinco días el enfermo se encuentra sin fiebre y en pleno período de descamación.

Pocas semanas más tarde, nuevo ataque de erisipela de la cara, desarrollado con la misma intensidad y análogos síntomas que la primera vez.

Se instituye el mismo tratamiento, consiguiendo la remisión de todos los síntomas á las cuarenta y ocho horas y la completa curación en cuatro días.

Algunos meses más tarde sobreviene un tercer ataque, que se combate con la misma medicación, consiguiendo resultados muy semejantes, pues el enfermo pudo ser dado de alta al final de la primera semana.

Tratando de investigar la causa de tan frecuentes recidivas, descubrimos la existencia de un eczema impetiginoso de la piel del cráneo, circunscrito á una pequeña zona de la región parietal derecha y que determinaba de cuando en cuando irresistible prurito. Sin duda alguna éste era el punto de partida de la infección.

Para evitarlo en lo sucesivo, prescribimos dos ó tres lavados diarios con solución de ácido bórico al 4 por 100, á la que se añadía ácido salicílico en cantidad de 1 por igual proporción, consiguiendo, gracias á tan sencillo procedimiento, la completa desaparición de los ataques desde hace tres años». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 7 de Noviembre de 1905 (1).

Invaginaciones del apéndice ileocecal. — El Dr. Monod: En una interesante comunicación á esta Academia, hecha el 14 de abril de 1903, el Dr. Jalaguier llamó la atención acerca de otra mala pasada del apéndice ileocecal, cargado ya, según parece, de todos los pecados de Israel; todavía le faltaba cometer otro. Y en efecto, según nuestro estimado colega, á este pequeño órgano, verdaderamente insoportable, sería debida una buena parte de las invaginaciones ileocecales, causa en los niños de muertes muy numerosas.

Hé aquí cómo suelen sucederse los fenómenos. El apéndice, provisto de una túnica muscular poderosa, se contrae en estado normal vigorosamente. Esta contracción ha sido sorprendida *in situ* por el Dr. Jalaguier en dos casos de hernias infantiles en que el ciego con su apéndice había descendido hasta el escroto; en los dos casos se notaban fácilmente las modificaciones del apéndice, bajo la influencia de la menor excitación. Cuando se le cogía entre los dedos se le encontraba blando, pequeño y apenas perceptible; poco á poco aumentaba y doblaba ó triplicaba de volumen; al mismo tiempo se hacía duro, y si estaba incurvado se enderezaba y formaba un tallo rígido. Estas modificaciones no sólo se notaban por medio del tacto, sino que también se *veían*, gracias á la delgadez de las paredes del escroto.

Además, y este es el punto importante para lo que nos ocupa, estas contracciones que parten del apéndice, se propagarían invariablemente al ciego, y éste á su vez se volvería más duro y más rígido. Según esto, se podría suponer, con el Dr. Lecoq (d'Onzain), que una de las funciones del apéndice sería la de iniciar las contracciones peristálticas del ciego y del intestino grueso, como en el automóvil, si me permitís esta comparación moderna, la manivela pone en marcha el motor. Todo andaría bien, si la acción de este órgano se limitara á este efecto favorable y fisiológico. Pero supongamos que el apéndice se contrae con energía y que el ciego, por estar dilatado ó en estado de relajación, no responde al latigazo apendicular; en este caso se comprende que el ciego se deje penetrar, invaginándose por el pequeño órgano en plena rigidez que lleva en su extremidad.

Al principio, sólo una pequeña parte de la base del apéndice hace prominencia en la cavidad del intestino rodeado de la pared cecal hundida; pero, poco á poco, como en el ano *contra natura*, la salida aumenta y el apéndice, en forma de dedo de guante al revés, aparece todo en el ciego,

(1) La sesión del día 31 de octubre se dedicó á la lectura de informes para premios.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 8 de Noviembre de 1905 (1).

Valor terapéutico de la punción lumbar en las fracturas craneanas.—El doctor *Potherat* dijo que en un caso de fractura del cráneo con síntomas perfectamente caracterizados, pero gravísimos, practicó durante varios días consecutivos punciones lumbares, y que cada punción fué seguida de mejoría notable del estado del enfermo. La curación se obtuvo poco á poco, y hoy puede considerarse como completa. Atribuiría este resultado feliz á la punción lumbar si no hubiera observado varios casos de fracturas del cráneo, hasta graves, que curaron espontáneamente, es decir, sin punciones ni trepanación. En el caso referido, la benignidad relativa de los síntomas autoriza á suponer que el herido marchaba naturalmente hacia la curación y que las punciones del conducto raquidiano sólo desempeñaron un papel auxiliar. En una palabra, este caso no prueba de un modo fehaciente el valor terapéutico de la punción lumbar en las fracturas del cráneo.

El Dr. *Terrier* manifestó que en un caso de fractura del cráneo, tratada en su clínica, fractura que iba acompañada de cefalea fuerte, vió mejorar de un modo notable después de cada punción lumbar el estado del enfermo.

El Dr. *Guinard* dijo que en un caso de fractura del cráneo, desconocido al principio y cuyos primeros síntomas cerebrales se manifestaron en forma de accesos de delirio violentísimo que simulaba el *delirium tremens*, observó que á consecuencia de las sustracciones abundantes de líquido cefalorraquídeo por punción lumbar (40 cent. cúb. en dos veces), el delirio disminuyó casi inmediatamente y fué seguido de un período de calma que duró varias horas. El herido murió al día siguiente de la segunda punción, habiéndose recrudecido los síntomas cerebrales. En este caso la punción lumbar sólo produjo mejoría pasajera de los síntomas, sin curar al enfermo.

El Dr. *Rochard* manifestó haber observado siempre esta mejoría á consecuencia de la punción lumbar, que emplea en todos los fracturados del cráneo que ingresan en su clínica.

El Dr. *Tuffier* cree que es peligroso sustraer por la punción grandes cantidades de líquido cefalorraquídeo, porque se corre el riesgo de provocar así un descenso grandísimo de la tensión intrarraquidiana é intracerebral, particularmente en el cuarto ventrículo, lo que puede originar la compresión del bulbo por el cerebelo.

El Dr. *Terrier* indicó que la muerte en el enfermo del Dr. Guinard pudo muy bien ser debida á esta sustracción exagerada de líquido cefalorraquídeo.

El Dr. *Potherat* dijo que en un caso de tumor del cerebelo con aumento enorme de la tensión cerebral, practicó, por consejo del Dr. Raymond, la trepanación del cráneo y la punción del ventrículo lateral, extrayendo 50 centímetros cúbicos de líquido cefalorraquídeo. Este enfermo murió á las veinticuatro horas después de presentar una elevación rápida y grandísi-

(1) El día 1.° no se celebró sesión por ser festivo.

ma (41°) de la temperatura, que el Dr. Raymond atribuyó á la compresión del bulbo por el tumor cerebeloso que se puso en contacto con él.

El Dr. *Broca* recordó que la muerte con hipertermia después de la punción lumbar se ha observado en enfermos que no padecían tumor endocraneano, en los casos de hidrocefalia común; las muertes de este género no implican, por consiguiente, la idea de compresión del bulbo.

Anastomosis ileorrectal en los cánceres inoperables del intestino grueso.—El Dr. *Delagenière* refirió dos observaciones de ileorrectostomía practicadas por él en casos de cáncer inoperable de la parte inferior del asa omega ó superior del recto, cáncer que iba acompañado de oclusión intestinal: uno de estos enfermos sobrevivió dieciocho meses y murió á consecuencia de una nueva crisis de obstrucción intestinal, producida al ser invadida la nueva boca intestinal por la neoplasia inmediata; el segundo sólo sobrevivió cinco meses y murió de caquexia cancerosa.

El ejemplo del primer enfermo demuestra, dijo el Dr. Delagenière, que es preciso elegir los casos y reservar la ileorrectostomía para los cánceres inextirpables del asa omega ó del recto, poco vegetantes, y cuando queda por debajo del tumor una nueva boca á bastantante distancia de la neoplasia, es decir, donde no pueda ser invadida con rapidez por esta última. En todas las demás circunstancias, es preferible el ano contranatural.

El Dr. *Quénu* aceptó las ideas del Dr. Delagenière: la ileorrectostomía tiene indicaciones muy limitadas; al contrario de lo que pretende el doctor Demoulin, su mortalidad es superior á la del ano artificial; además, el número de ileorrectostomías practicadas es muy limitado para poder hacer una comparación razonada entre los resultados de las dos operaciones.

El Dr. *Hartmann* añadió que la incontinencia no puede ser reprochada como un gran inconveniente del ano artificial, porque se ha conseguido formar anos bastante continentes; en cambio, la anastomosis ileorrectal no impide siempre á los excrementos filtrarse á veces entre la neoplasia y la pared intestinal y llegar así hasta el intestino grueso, donde pueden provocar accidentes graves de repleción, según ha observado en dos casos; las ulceraciones neoplásicas no quedan en reposo absoluto, primer resultado que era de esperar de la anastomosis ileorrectal.

El Dr. *Tuffier* dijo que era partidario de la sutura, que en este caso, como en todas las anastomosis intestinales, es preferible al botón de Murphy.

Sarcoma del ciático. — El Dr. *Berger* presentó un joven en el que extirpó sin resecar el nervio, sencillamente por enucleación, disociación y raspado, un sarcoma bastante voluminoso del tronco del nervio ciático, sarcoma globofusocelular cuyo desarrollo había sido muy lento. La operación data de ocho mrses y el enfermo no acusa trastorno funcional alguno ni presenta el menor indicio de recidiva.

Resección del codo por tumor blanco. — El Dr. *Tuffier* presentó un joven al que practicó hace ocho años, y en condiciones que no podían ser más desfavorables — gravedad de las lesiones locales y del estado general — una resección del codo por tumor blanco. Este individuo disfruta en la actualidad una salud excelente y las funciones de su miembro nada dejan que desear.

¿Quiste osificado del ligamento ancho?—El Dr. *Routier* presentó una esfera ósea del tamaño de una naranja pequeña, cuya pared, bastante gruesa, estaba constituída por tejido óseo compacto y cuyo contenido era líquido cetrino perfectamente límpido. Este tumor, que el Dr. Routier extirpó por laparotomía á una mujer, está incluído en uno de los ligamentos anchos. A juzgar por el examen histológico, se trataba de un quiste coloide del ligamento ancho.

Osteosarcoma humeral.—El Dr. *Rieffel* presentó el modelado de un miembro extirpado recientemente por desarticulación del hombro (el enfermo rehusó someterse á la desarticulación interescapulotorácica), á causa de un sarcoma extenso del antebrazo y del brazo. Este sarcoma, de desarrollo local, sin metastasis, principió en el codo con los caracteres de un tumor blanco, motivo por el cual se empleó el tratamiento clásico de las tuberculosis articulares (inmovilización por un apósito silicatado). Hasta que el tumor no llegó á un período muy avanzado, no se conoció su verdadera naturaleza y la necesidad de una intervención radical.

(*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

XVIII CONGRESO FRANCÉS DE CIRUGÍA

Celebrado en París del 2 al 7 de Octubre de 1905

(Conclusión)

Tratamiento de la actinomicosis cervicofacial.—El Dr. *Thiery* (de París) estima que este tratamiento no debe de ser quirúrgico más que excepcionalmente, siendo el mejor tratamiento el empleo de inyecciones parenquimatosas de yodo disuelto en agua al 1 por 100.

El yoduro de potasio, tan preconizado, no tiene ningún valor terapéutico, pero se puede asociar á estas inyecciones cuando las lesiones de la cara y cuello vayan acompañadas de lesiones viscerales.

La levadura de cerveza ha dado al Dr. Thiery en unos casos magníficos resultados, pero en otros no ha notado modificación alguna.

Faringotomía lateral con resección del asta menor del hioides. — El doctor *P. Delbet* (de París) dice que en los casos en que hay necesidad de hacer esta operación por carcinoma en el que se presenten intensos dolores, hemorragias, etc., se debe hacer una incisión para llegar al asta menor del hioides, extirpar ésta, hacer la extirpación de todos los ganglios que se pueda, y como la faringe se encuentra con gran facilidad, se puede tratar tardíamente, con lo cual se evita no sólo la ligadura de la carótida interna, sino también la traqueotomía con todos los peligros de estas dos operaciones.

Tratamiento de las úlceras sépticas y atónicas por el procedimiento de Raymond Petit. — El Dr. Jayle (de París): El tratamiento de las heridas sépticas y atónicas no está establecido, porque á pesar del empleo de los tópicos más variados, estas heridas no reaccionan ó lo hacen muy tardíamente. Por esto, en un caso de estas heridas del abdomen infectada por microorga-

nismos aerobios y anaerobios del intestino, ha recurrido al empleo del suero de caballo calentado, y el papel leucocitario ha sido tan rápido y evidente, que ha creído útil comunicar este hecho al Congreso.

En este caso, á pesar de las curas enérgicas repetidas de tres en tres horas durante treinta, no se modificó nada la herida. El examen de la serosidad demostró la ausencia de toda reacción leucocitaria, pero después del tratamiento con el suero de caballo, se vió invadir la herida de leucocitos, curando el enfermo á las pocas sesiones, deduciéndose de este hecho que se debe dirigir el tratamiento hacia la reacción leucocitaria al mismo tiempo que á la muerte del microorganismo.

Del tratamiento de las fistulas vesicovaginales por desdoblamiento y doble punto de sutura. — El Dr. *Begonin* (de Burdeos) refiere siete intervenciones de esta clase divididas en dos series: la primera, de tres casos, sólo hizo un solo plano de sutura vaginal, teniendo dos éxitos y un fracaso, y en la segunda serie, que consta de cuatro casos, hizo dos planos de sutura, uno vesical y el otro vaginal, con éxito en los cuatro, á pesar que uno de los operados lo había sido anteriormente cuatro veces por distintos cirujanos.

Quiste dermoideo supurado del ovario abierto espontáneamente en la vejiga. — El Dr. *Baunley* comunica la observación de una mujer de treinta y ocho años con un quiste ovárico diagnosticado en el curso de un embarazo varios años antes de la intervención. Una torsión del pedículo del quiste, que aumentó de volumen bruscamente y fué seguido de una reacción peritoneal, hizo que la enferma se decidiese por la operación, teniéndose que intervenir con urgencia, por diagnosticarse una abertura espontánea en la vejiga.

En la operación se encontró un quiste ovárico adherente por todos lados, y roto mientras se decorticó, hizo que se pudiese ver que era *dermoideo supurado* y comunicando con la vejiga; á la pared del quiste estaba adherido un apéndice, que estaba torcido en su base y que contenía en su interior gran cantidad de pus, esto es, que existía además un voluminoso fibroma uterino con hidrosalpingitis izquierda.

La operación consistió en quitar primero la trompa y el quiste, en suturar después la vejiga y acabar con una histerectomía abdominal supravaginal, conservando el ovario izquierdo en un repliegue peritoneal.

La enferma curó sin accidente alguno, siendo lo más importante de este caso, á pesar del gran número de órganos afectados, la abertura espontánea del quiste en la vejiga.

Puede esto explicarse porque al sufrir la torcedura el pedículo, se inflamó el quiste y se produjo la infección en placas de esfacelo, una de las cuales formó adherencia con la vejiga, y al progresar el esfacelo, se produjo la perforación de la vejiga y el vaciamiento del quiste.

Termina afirmando que la rapidez del acto operatorio (una hora) ha sido un factor muy importante para que se cure esta enferma, que estaba muy demacrada.

Es preciso desechar la retroversión. — El Dr. *Richelot* (de París) dice que la mayoría de los autores atribuyen la retroversión del útero al embarazo y la multiparidad, porque la infección del útero, anejos y ligamentos, la raspadura del peritoneo, etc., no son las únicas afecciones ó mejor compli-

caciones del embarazo, parto y puerperio, y por lo tanto, la pretendida enfermedad llamada retroversión no existe, y es necesario borrarla del cuadro nosológico.

El autor no está conforme con esta manera de pensar, debiéndose distinguir, á su juicio, dos órdenes de hechos: en el primero, es necesario incluir los casos numerosos en que el útero está infectado y las lesiones de los anejos, siendo la desviación secundaria, porque el órgano está rechazado por tumores anexiales ó por adherencias, debiéndose en estos casos tratar la afección pelviana y no preocuparse de la situación del órgano. Pero hay *retroversiones* que tienen una existencia clínica independiente, viéndose úteros que caen hacia atrás por lo laxo de sus ligamentos, sin que exista la menor adherencia, tumor ó lesión pelviana. Estas desviaciones, que podríamos llamar *simples*, se encuentran en mujeres jóvenes que no han parido ni padecido infección alguna, lo mismo que en las multíparas, y estos casos constituyen el segundo orden de hechos, en los cuales se debe recurrir á la operación, porque provocan y evitan que se sumen estados nerviosos, congestiones uterinas, etc.

El procedimiento operatorio de elección para el autor, que según él, es de una benignidad completa é inofensiva para los embarazos y partos futuros, es el método de Doleris, esto es, la histeropexia mediata por inclusión parietal del ligamento redondo.

Los Dres. *Momprofit*, *Walther* y *Delaunay* (de París) están conformes con las ideas expuestas por el Dr. Richelot, reuniendo entre los cuatro más de 200 intervenciones casi sin ningún fracaso.—M. Arquellada.

XI CONGRESO ITALIANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Celebrado en Roma del 11 al 15 de Octubre de 1905.

Distocia por alteraciones del cuello uterino.—El Dr. G. Raineri: La distocia por alteraciones del cuello uterino, es la más grave y temible de todas las pelvianas, porque además de las formas ligeras, existen otras que obligan á practicar intervenciones importantes y hasta urgentes.

El cuello uterino puede producir la distocia por:

Rigidez de causa anatómica.
— de causa patológica, por procesos inflamatorios de índole cicatrizal.
— espasmódica.
— debida á la aglutinación, á la obliteración, á las desviaciones y á los desgarros.
— consecutiva á la hipertrofia supra é infravaginal ó á tumefacciones.
— debida á la esclerosis sifilítica.
— consecutiva á tumores: fibromas, cáncer.

No es posible negar la existencia de la *rigidez anatómica*, debida casi siempre á la edad: del examen histológico de 20 úteros procedentes de mu-

jeres de distinta edad, embarazadas ó no, se deduce que durante el período de fecundidad no existen procesos esclerosos propios de la senectud precoz. Puede admitirse la distocia por rigidez de este género cuando se excluyen todas las demás causas concomitantes en relación con las numerosas variaciones individuales ó se pone en duda un proceso fibromatoso enmascarado y propio de las mujeres que tienen más de treinta y cinco años.

La distocia debida á esta causa no es grave; puede corregirse con los medios ordinarios de que dispone el arte.

La rigidez de los *procesos inflamatorios*, haciendo abstracción de la sífilis y de las neoplasias (fibromas, cáncer) y debida á la localización de agentes especiales (comunes, patógenos, gonococo, etc.), depende de la metritis que acompaña á la endocervicitis. Produce el mismo obstáculo que la rigidez anatómica, mas el peligro grandísimo de la infección. Cura, como la rigidez anatómica, después del parto; durante el embarazo pueden emplearse tratamientos profilácticos, procurando no producir pérdida de substancia ó atresia.

Respecto á la *rigidez cicátrizal*, se han invocado causas numerosas: intervenciones anteriores sobre el cuello, amputación, traquelorrafia, operaciones de fístula cervicovesical, métodos de tratamientos determinados, cáusticos actuales y potenciales, maniobras de dilatación cruenta é incruenta, partos naturales y artificiales.

La distocia puede ser ligera y susceptible de corregirse por medios sencillos; en otros casos es grave y exige intervenciones que pueden llegar á la operación cesárea. Los medios de dilatación artificial tienen que ser limitados por la posibilidad de desgarros y roturas del útero y de la vejiga.

La *rigidez espasmódica* primitiva no es muy frecuente; es más común la producida por vía refleja por maniobras improcedentes de dilatación, de rotura precoz del saco, de desprendimiento digital de las membranas, de exploraciones supérfluas. Los peligros son los mismos que en la rigidez simple, con la agravante de dolor excesivo y de excitación de la madre, que pueden llegar hasta el delirio.

Además de los medios ordinarios destinados á suprimir los obstáculos del parto, son útiles los sedantes.

La *aglutinación*, cuando existe en realidad, porque puede confundirse con la estenosis acentuada del cuello, es debida, al parecer, á un proceso inflamatorio bastante frecuente, según la estadística de Bossi.

La *obliteración*, excepto la cicatrizal, dependiente de estados especiales del tapón mucogelatinoso, es menos admisible. La distocia que determina no tiene gran importancia, porque en realidad la dificultad es vencida por la naturaleza ó por el arte con medios sencillos.

Haremos caso omiso de las *desviaciones* producidas por tumores, porque entonces lo que interesa es la neoplasia, ó por la histeropexia, en la que la desviación es secundaria, ocupándonos sólo de la desviación hacia adelante ó hacia atrás. Las laterales tienen poca importancia; las más frecuentes son las posteriores. La distocia consiste en el retraso de la dilatación con adelgazamiento acentuado del segmento inferior tan grande que simula la bolsa de las aguas y puede originar consecuencias graves cuando se interviene. La duración excesiva del parto es peligrosa. Se evitan estos pe-

ligros colocando en situación debida la matriz y haciendo adoptar á la mujer la posición conveniente.

Los *desgarros* son temibles cuando son profundos, por los peligros inmediatos de hemorragia, en ocasiones mortal, y de infección, y por los remotos de cicatrices, que hacen precisa la intervención; exigen en ciertos casos la laparotomía con sutura y conservación del órgano ó con extirpación del útero.

La *hipertrofia*, congénita ó adquirida, supra ó infravaginal, es causa de distocia por oponerse á la retracción del cuello y á la abertura del orificio uterino. La forma infravaginal es la más grave; en la supravaginal, el predominio del tejido muscular auxilia de un modo eficaz los fenómenos dinámicos. Los peligros en una y otra forma pueden ser graves. Son útiles los medios de dilatación artificial empleados con prudencia. La amputación del cuello, recomendada por Pinzani, es preferible á la histerectomía y á la operación cesárea; el cuello puede ser amputado, como medio profiláctico, aun durante el embarazo.

La *tumefacción* del cuello, que puede producirse durante el embarazo ó el parto por causas que determinan la estancación sanguínea, de un modo lento ó rápido, tiene poca importancia. Puede ocurrir que el cuello esté hipertrofiado, y en este caso la hipertrofia es la que domina la escena. Constituye una causa de inercia secundaria, y si no se interviene á tiempo, puede sobrevenir la mortificación y la pérdida de tejido.

Distocia por sífilis. — La frecuencia de la localización de la *úlcera primitiva* es de 5 por 100, según se deduce de una información hecha en todas las clínicas sifilopáticas italianas y en el Hospital de San Lázaro, de París, en un total de 8.000 casos: las formas secundarias son raras en el cuello y las terciarias rarísimas. La úlcera que invade el cuello puede ser causa de distocia, igual que la cicatriz que puede resultar. Una forma relativamente frecuente en el cuello y en el segmento inferior, consecutiva á la evolución de la úlcera, según algunos secundaria y en casos más raros terciaria, es la esclerosis. La hipertrofia del tejido conjuntivo debida á la localización específica llega en las fases sucesivas á la degeneración fibrosa. El tratamiento específico nulo ó incompleto debe influir sobre el proceso. La distocia es gravísima en la esclerosis. El pronóstico del parto varía según la naturaleza de la intervención, según la gravedad de ésta y además por la infección probable del líquido amniótico durante el trabajo y en el puerperio á causa de la septicemia.

La interrupción del embarazo no se halla justificada por el estado del cuello, y muchas veces es imposible; durante la gestación puede emplearse el tratamiento específico como medida profiláctica.

Los tumores pueden ser de diversa naturaleza; respecto á la distocia, merecen mención especial los fibromas y el cáncer.

Los *fibromas* del cuello son raros, casi siempre únicos y además están envueltos en una cápsula. Están expuestos durante la gestación á todas las modificaciones y alteraciones que los del cuerpo, y con más facilidad á la putrefacción y supuración, por hallarse más en relación con el exterior. Se dividen en vaginales y supravaginales; su desarrollo es submucoso, intersticial ó subseroso. El útero fibromatoso es un terreno desfavorable para la

gestación, que casi nunca llega á término por tumores ó por otras causas.

En el parto, la neoplasia puede influir sobre la posición y la presentación. Son frecuentes las presentaciones anormales, normales desfavorables, y normales complicadas con procidencia. La contracción uterina puede ser influída de un modo secundario (inercia secundaria simple ó espasmódica). Los períodos del parto son distócicos: el de dilatación por rigidez debida á la invasión de la neoplasia y el expulsivo por obstáculo mecánico. El alumbramiento puede ser también difícil y el puerperio hacerse morboso por el traumatismo del tumor y por la hemorragia consecutiva.

El parto puede ser espontáneo á causa del poco volumen de la neoplasia, por ser subseroso ó por aplastarse á consecuencia de la presión que ejerce el feto sobre el fibroide.

La expectación está justificada; contra la dificultad de la dilatación se aconsejan los medios ordinarios; contra los obstáculos producidos por las neoplasias subserosas, puede ensayarse rechazar el tumor en posición de Trendelenburg ó cloroformizando á la parturiente.

El forceps y la versión deben emplearse con grandes precauciones: la embriotomía sobre el feto vivo está contraindicada; si ha muerto, puede aconsejarse la intervención directa y atacar á la vez el tumor. El medio más racional, cuando puede emplearse, es la miomectomía vaginal. La inseguridad en los datos no justifican la sinfiseotomía ó la pubiotomía; la operación cesárea vaginal tampoco está indicada por la estrechez del campo operatorio.

Es preciso, por lo tanto, recurrir á la operación cesárea abdominal; el ideal sería la miomectomía con conservación del órgano; en su defecto, se practicará la histerectomía total ó parcial, á ser posible.

Las condiciones especiales de adherencia del tumor pueden limitar la intervención á la operación cesárea conservadora ó ser seguida la primera de castración ó de ligadura de los vasos utero-ováricos.

Durante el embarazo, la interrupción en la época conveniente está indicada cuando se considera peligroso que continúe el desarrollo del feto. El parto prematuro, por la poca seguridad de los límites, no tiene aplicaciones fijas; el aborto y el parto prematuro son peligrosos. Para las intervenciones activas, se observarán las reglas generales quirúrgicas subordinadas á los intereses del feto en el último período de la gestación.

El alumbramiento exige medios especiales. Las alteraciones que experimentan los tumores durante el puerperio hacen preciso á veces el empleo de medios activos.

Los *carcinomas* son relativamente más frecuentes: según la estadística de Amadei, formada con casos observados en el Hospital Mayor de Milán, complican el embarazo en la proporción de medio ó poco más por 1.000.

La gestación se interrumpe con la mayor facilidad: el cáncer y el embarazo ejercen recíprocamente una influencia funesta uno sobre otro.

La distocia es debida á la invasión más ó menos extensa, que determina una rigidez más ó menos acentuada.

El parto puede ser espontáneo é inofensivo á expensas de la parte sana del orificio uterino, pero las más de las veces, tanto el parto espontáneo como el instrumental por las vías naturales, es peligroso, á causa de las

alteraciones del líquido amniótico, de la larga duración del parto, de los desgarros, de las hemorragias, etc. El parto espontáneo es posible aunque el cuello esté extensamente ulcerado. Los peligros son grandísimos cuando es imposible el parto natural; el puerperio puede ser infeccioso por las condiciones en que se produce el parto ó por aumentar las propiedades infecciosas del tumor.

Las maniobras de dilatación artificial deben ser limitadas y prudentes. Como la extracción del feto es difícil por la operación cesárea vaginal, precisa recurrir á la abdominal con histerectomía total si el cáncer es operable; pero si es inoperable, está indicada la operación cesárea simple ó la conservadora si lo exigen circunstancias especiales.

En la mujer embarazada el criterio de la operabilidad debe guiar la intervención, haciendo caso omiso del embarazo, al menos en las operaciones radicales; en los primeros meses, en la forma limitada, en el cancroide de difusión más lenta, puede elegirse la vía vaginal; después se recurre á la vía abdominal ó á los métodos mixtos, con extirpación cuando menos del parametrio y de los ganglios, previa operación cesárea. Las cifras estadísticas respecto á la mortalidad y al número de recidivas, cuando no se quiere abandonar toda intervención y se considera como única esperanza la sueroterapia, permiten seguir una ú otra vía.

Si la neoplasia es inoperable, se atenderá principalmente á los intereses del feto, empleando el tratamiento paliativo.

El puerperio debe preocupar, aparte de los peligros de la infección, por el riesgo del crecimiento y de la difusión rápida de la neoplasia, al principio poco extensa ó que no se ha observado. En estos casos es preciso intervenir sin perder tiempo.

El Dr. *Pinzani* recordó dos casos de hipertrofia del cuello referidos por el Dr. Boni y otro de su clientela, en los que se practicó la amputación durante el parto. Respecto á los fibromas citó el caso de una enferma en la que en dos partos necesitó recurrir al forceps.

El Dr. *Cova* dijo que en los desgarros profundos preexistentes del cuello, la vagina puede comunicar fácilmente con la cavidad amniótica y cuando hay rotura precoz del saco, puede sobrevenir la infección del líquido amniótico.

El Dr. *Resinelli* indicó la conveniencia de las incisiones pequeñas sobre el cuello, bastante dilatado, cuando la rigidez de los tejidos se opone á la dilatación completa. Cree que el sifiloma inicial del cuello no es muy raro, pero el goma es en cambio excepcional; respecto á la esclerosis sifilítica del cuello, nuestros conocimientos son limitados.

Indicaciones de la extirpación de los anejos como complemento de la histerectomía.—El Dr. G. Miranda (Conclusiones): 1.ª En medio de tanta opinión distinta y contradictoria y en la incertidumbre completa en que se pierden las investigaciones experimentales, no puede considerarse como demostrada la existencia de una secreción interna del ovario y su influencia sobre la génesis de los fenómenos consecutivos á la supresión de la glándula germinativa. Se necesita recorrer aún bastante camino antes de tener derecho de sacar de una práctica operatoria un principio todavía dudoso.

2.ª La observación clínica demuestra que la conservación del ovario no

tiene más ventaja que disminuir el grado de atrofia de los órganos genitales que quedan después de la histerectomía, evitando el *molimen climatérico* en un número de mujeres mayor que cuando se extirpan los ovarios á la vez que el útero. Trátase de una diferencia de 9 por 100, poco importante si se tiene en cuenta que los fenómenos de la menopausia se presentan antes ó después; son más intensos en las mujeres á las que se extirpan los ovarios y el útero.

3.ª La observación experimental, y con ella la anatomía patológica, confirman la experiencia clínica y explican el hecho de que el *molimen climatérico* se presenta algo más tarde y con menos intensidad cuando se conservan los ovarios; la causa es debida á que los ovarios se atrofian lentamente y dan tiempo al organismo para habituarse á la falta de su función.

4.ª La conservación de los ovarios en la histerectomía tiene ciertos inconvenientes y peligros que compensan la pequeña ventaja que puede esperarse de ella.

5.ª No puede pensarse en la conservación de los ovarios, en la histerectomía que se practica por enfermedades de los anejos ó tumores malignos del útero.

6.ª Tampoco puede pensarse en conservarlos en el 59 por 100 de los miomas.

7.ª Sólo se pensará en la conservación de los ovarios combinada con la resección del cuerpo del útero á la Zweifel en los casos en que la histerectomía está indicada por algún accidente que sobreviene en el curso del parto, excluyendo naturalmente la osteomalacia y las enfermedades de la esfera sexual que exigen por sí propias la extirpación.

El Dr. *Resinelli* dijo que la histerectomía por fibroma suele asociarse á la extirpación de los anejos.

El Dr. *Pinzani* manifestó que no se han observado diferencias notables extirpando ó dejando los ovarios. En un caso de ovariotomía practicado en una mujer embarazada, el embarazo llegó á término, pero el feto nació hipotrófico.

Datos clínicos para el estudio del cáncer uterino en el embarazo.—El doctor E. Pinzani (Conclusiones): *Carcinoma operable todavía*: 1.ª Salvo raras excepciones, debe intervenirse empleando un tratamiento radical que garantice lo mejor posible á la enferma de todo peligro de recidiva y no exponga la vida del feto si éste está vivo ó es viable.

2.ª No se debe esperar ó provocar el parto, sino operar inmediatamente después de él ó durante el puerperio, ni dejar que el parto se efectúe por las vías naturales.

3.ª En cualquier época de la gestación, la vía elegida para operar debe ser la abdominal.

Carcinoma inoperable.—Debe dejarse en interés del feto que el embarazo llegue á término ó lo más cerca posible del término y practicar entonces la operación cesárea con extirpación del útero y de sus anejos y tratamiento externo del pedúnculo

Eclampsia en las pluríparas.—El Dr. E. Cova (Conclusiones): La eclampsia en las pluríparas es más rara que en las primíparas, pero en cambio es mucho más grave. En 80 casos de la Clínica de Florencia (47 primíparas

y 33 pluríparas), la mortalidad de las primeras fué de 23'40 por 100 y la de las segundas de 27'27 por 100).

La marcha de la enfermedad suele ser en las pluríparas más insidiosa; rara vez va precedida de edemas; los fenómenos prodrómicos suelen durar pocas horas. Como complicación son frecuentes en las pluríparas la hemorragia que se produce en la mitad de los casos y es mortal.

La frecuencia menor y la gravedad mayor pueden explicarse admitiendo que en las pluríparas sólo se presentan las convulsiones cuando hay lesiones orgánicas graves que ponen en peligro la vida.

El Dr. *Politi-Flamini* atribuyó al elemento nervioso la determinación de los fenómenos eclámpsicos. Ha observado en la Clínica de Roma cuatro recidivas con tres curaciones y una muerte.

El Dr. *Resinelli* preguntó si se observan psicosis post-eclámpsicas graves y si pueden atribuirse al tratamiento.

El Dr. *Pinzani* dijo que la eclampsia post-partum es gravísima en la Clínica de Pisa y que en ella se observan con frecuencia psicosis post-eclámpsicas.

El Dr. *Cova* manifestó que el pronóstico de la eclampsia recidivante es más benigno; estadísticas numerosas prueban la benignidad relativa de la eclamsia post-partum; ha observado pocos casos de psicosis post-eclámpsicas y éstas no se hallan al parecer en relación con los medios terapéuticos empleados. — F. Toledo.

(*Concluirá*).

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 14 de Noviembre de 1905.

Influencia de la posición sobre los ruídos y macicez cardíacos. — El doctor *W. Gordon* leyó un trabajo sobre este asunto. Las modificaciones en los ruídos cardíacos producidos por los cambios de posición, pueden explicarse en parte por la acción de la gravedad sobre las corrientes intracardíacas, y en parte por el aplastamiento del pecho que se produce al adoptar el enfermo el decúbito dorsal. Si se tiene en cuenta la posición de las válvulas cardíacas en actitud vertical y dorsal, se comprende que cuando se produce el primer ruído, una columna de sangre queda sobre las válvulas tricúspide y mitral si el sujeto que se reconoce se halla en posición *dorsal*, pero no si se adopta la posición vertical. Es indudable también que al producirse el segundo ruído, queda una columna de sangre sobre las válvulas aórticas y pulmonares si la persona se encuentra en posición *vertical*, pero no cuando adopta el decúbito dorsal.

Los cambios observados en los ruídos cardíacos normales pueden explicarse, en parte al menos, por las relaciones diferentes de las válvulas respecto á las columnas de sangre que quedan sobre ellas en las diferentes posiciones.

La posición influye también sobre la macicez cardíaca profunda. En posición vertical, la macicez cardíaca desciende casi la anchura de una cos-

tilla más que en el decúbito dorsal, y aumenta unos 18 milímetros en sentido lateral al nivel del quinto cartílago costal. Estas modificaciones se explican del modo siguiente. En la posición vertical, el corazón tiende á descender en el pecho, y á causa de la tendencia á inclinarse hacia adelante de la parte anterior del diafragma, se inclina también hacia adelante contra la pared anterior del tronco. La macicez cardíaca desciende así algo y se ensancha al adoptar la posición vertical. En los estados patológicos en los que aumenta el peso del corazón, estos cambios son más acentuados.

El Dr. *S. Paget* confirmó las afirmaciones hechas por el Dr. Gordon respecto á las variaciones de la macicez cardíaca en las diversas posiciones.

El Dr. *Newton Pitt* cree indudable las variaciones de la macicez cardíaca en la posición vertical y en el decúbito dorsal. Respecto á los ruídos, lo que influye no es la posición de las válvulas, sino la cantidad de sangre que queda por encima de ellas.

El Dr. *W. Gordon* dijo que la presión en un líquido contenido en una cavidad se distribuye por igual en todas direcciones, pero que la fuerza adicional de la gravedad obra cuando la columna de sangre se halla por encima del corazón.

El Dr. *T. J. Horder* cree que la influencia de la presión ventricular sobre el ruído debe ser mucho mayor que la de la gravedad, porque es casi incomprensible que ésta pueda alterar de un modo manifiesto el ruído.

El Dr. *W. Gordon* manifestó que es un hecho demostrado en clínica las variaciones de los ruídos en la posición vertical y en la dorsal. El área lateral de la macicez aumenta también.

Endocarditis gripal. — El Dr. *T. J. Horder* refirió dos casos en los que el bacilo de la gripe pudo ser aislado de la sangre en vida de los enfermos; estos casos pueden ser considerados como ejemplos de verdadera septicemia gripal. El microorganismo tenía todos los caracteres del *bacillus influenzæ* descrito por Pfeiffer y otros observadores. Se multiplicó con gran rapidez. En un enfermo pudo diagnosticarse endocarditis gripal seis semanas antes de la muerte, y en el otro cinco antes de morir. Desde el punto de vista clínico, los dos enfermos padecían endocarditis «maligna»; los dos habían tenido ataques de reumatismo. El diagnóstico fué comprobado por la autopsia; el bacilo pudo aislarse del endocardio y cultivarse. Se encontró además en los cortes hechos en las válvulas del corazón.

El Dr. *H. French* cree que la leucocitosis no es la regla en las endocarditis infecciosas. Los casos referidos por el Dr. Horder plantean el problema de si es perjudicial ó no reunir en una misma sala enfermos de gripe con los que padecen lesiones valvulares crónicas.

El Dr. *Newton Pitt* manifestó que se ha exagerado la influencia del bacilo de la gripe como productor de la septicemia. Para resolver el problema, se necesitan hacer bien los cultivos.

El Dr. *Horder* dijo que en uno de los enfermos el bacilo debió penetrar por los pulmones, á juzgar por el sitio de la vegetación en la pared de la aurícula, lejos de la válvula.—(*British Med. Journal*). — F. Toledo.

PERIÓDICOS

Septicemia de las heridas por auto-infección y su tratamiento por el suero de caballo.—El Dr. F. Jayle ha publicado sobre este asunto en *La Presse Médicale* un trabajo, del que copiamos las conclusiones:

1.ª La septicemia gangrenosa de una herida puede ser consecutiva á la auto-infección, en particular de origen intestinal.

2.ª La herida adquiere un aspecto de esfacelo á las pocas horas de estar en contacto con el aire.

3.ª Los mismos microorganismos contenidos en el pus fétido ó en el líquido séptico durante la intervención, se encuentran pocas horas después en la herida atacada de esfacelo.

4.ª En las heridas septicémicas faltan en absoluto ó casi en absoluto los leucocitos.

5.ª El mejor medio de despertar la leucocitogenesis, es el empleo del suero de caballo á bastante temperatura; este suero fué introducido en la terapéutica de las heridas por R. Petit.

6.ª Los enfermos que padecen septicemia pútrida, mueren casi siempre por colapso cardíaco.

Para sostener la energía del miocardio, es muy útil la terapéutica siguiente: inyección de cafeína (1 gramo en las veinticuatro horas), de aceite alcanforado al 10 por 100 (1 á 2 gramos de la disolución cada tres horas), de éter, de suero artificial. Las inyecciones de suero deben hacerse con moderación, no excediendo de un litro á litro y medio diario: la *permeabilidad renal deficiente* ó la *dilatación de las cavidades cardíacas derechas*, deben tenerse siempre en cuenta para regular su empleo; si se dilata el corazón antes de inyectarse 500 gramos de suero, por ejemplo, deben extraerse unos 100 gramos de sangre; si los riñones no funcionan, la inyección de suero debe ir precedida de otra de pilocarpina.—F. Toledo.

Esterilización de las esponjas.—El Dr. F. W. Andrewes recomienda para esterilizar las esponjas, sumergirlas en la preparación siguiente:

Persulfato de amoníaco	37	gramos.
Agua destilada	950	—
Acido clorhídrico puro	11	—

Las propiedades germicidas de esta preparación son ligeras al principio, pero aumentan, y á los seis días es capaz de destruir en menos de un minuto la bacteridia carbuncosa. Tiene, además, la ventaja de conservar estas propiedades durante varias semanas y de ser un líquido incoloro é inofensivo para la piel.—(*The Lancet*, 14 octubre 1905).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGIA PRÁCTICAS

EL CORAZÓN Y LOS RIÑONES

POR EL DOCTOR

D. JUAN MANUEL MARIANI

Jefe facultativo del Hospital de la Princesa. Madrid.

Son tan íntimas las relaciones patológicas entre el centro circulatorio y el filtro renal, como íntimas son también sus conexiones anatómicas y funcionales, y á decir verdad, era innecesario ocuparse de asunto tan sabido, á no ser por considerarlo necesario para exponer mis modestos juicios acerca de una especie de moda que parece muy aceptada y muy cómoda, que atribuye á la uremia la muerte de muchos enfermos que mueren por causas bien diferentes de la intoxicación urinaria.

La muerte por uremia ha venido á sustituir á la muerte por derrame seroso, que tan en boga estaba para explicar el por qué se morían muchos enfermos sin saber de qué se morían, y también viene á ser una especie de muletilla cómoda para explicar que un enfermo se ha muerto de una complicación estando la enfermedad casi curada, pareciéndonos hoy algo los médicos á los cirujanos, cuyos operados no se mueren casi nunca de la operación, sino de colapso cardíaco, de una embolia inesperada, de un accidente médico fortuito, como una infección intestinal secundaria ó cualquiera otra cosa que deja siempre en buen lugar la destreza, la pericia y la perfección del arte operatorio.

Pues bien, quiero plantear en este artículo la cuestión referente á lo que acabo de indicar en su principio: la intimidad patológica entre el corazón y el riñón, la separación completa entre sus consecuencias finales.

Todas las lesiones del corazón derecho producen, más pronto ó

más tarde, éxtasis renal; todas las nefritis parenquimatosas producen hipertrofia del ventrículo izquierdo y alteraciones de la mitral, más ó menos acentuadas; todas las lesiones esclerosas del riñón van acompañadas de esclerosis de las grandes arterias, y la esclerosis de las grandes arterias va acompañada, más pronto ó más tarde, de esclerosis renal.

Aquí está en esquema la relación patológica entre ambos órganos, y se comprende que así suceda teniendo en cuenta que el riñón recibe una gran cantidad de sangre como órgano depurativo que es, como filtro que nos libra de todas las cenizas de la combustión orgánica, y que del mismo modo que recibe una gran cantidad de sangre, las gruesas venas que de ellos emergen envían á la cava ascendente otro surtidor igual de líquido sanguíneo que ha de sufrir ulteriormente las transformaciones que no hay para qué señalar.

Hagamos ahora un rápido estudio de cada uno de los casos presentados: un sujeto tiene insuficiencia tricúspide, la aurícula derecha está repleta, las cavas se vacían con dificultad, se presenta el momento del éxtasis venoso, que comienza por los puntos periféricos, por los de menor resistencia, por aquellos en que la circulación de retorno tiene condiciones mecánicas menos favorables, y aparecen los edemas, que ascienden progresivamente; la lesión está avanzada y no se compensa, las derivaciones en el sistema porta no producen resultado, continúa el éxtasis de la cava y las paresias vasculares de la periferia, las venas renales desaguan con dificultad por el aumento de la tensión venosa, la circulación renal se dificulta, sus capilares entran en éxtasis, el órgano se hincha, la eliminación renal disminuye, se presenta albúmina en la orina; al mismo tiempo el ventrículo está cada vez más desfallecido y menos impresionable á los tónicos cardíacos, aparece éxtasis cerebral, somnolencia y coma, y el enfermo sucumbe.

¿De qué se ha muerto este enfermo? ¿De uremia ó de la lesión tricúspide? Pues á mi juicio, no cabe duda que ha muerto de la lesión tricúspide, porque el éxtasis renal ha sido una consecuencia de la lesión de la válvula y del miocardio, como lo han sido los edemas, como lo ha sido la ascitis, como lo ha sido el éxtasis del hígado, como lo ha sido, en último término, el éxtasis cerebral, y á nadie se le ocurrirá decir que tal enfermo se ha muerto por edema de las extremidades inferiores, de ascitis, de congestión pasiva del hígado ó de éxtasis del cerebro. ¿Cuál ha sido la enfermedad que ha ocasionado todos estos trastornos? La insuficiencia de la válvula tricús-

pide y la degeneración del miocardio, que á fuerza de luchar con el obstáculo de la insuficiencia, se ha relajado, se ha aflojado, ha perdido su energía contráctil, ha dejado de ser, en una palabra, una fuerza impulsiva; todo lo demás ha sido consecuencia de esto.

¿Por qué en estos casos hemos de atribuir á la insuficiencia urinaria la muerte del enfermo? Podrá acaso esta insuficiencia agravar la situación, pero no da lugar nunca á los cuadros clínicos de la verdadera uremia, que tan bien se señalan y se desenvuelven en las lesiones renales primitivas; es conceder á una consecuencia y á una complicación la importancia de hecho preeminente, y es desfigurar la verdadera fisonomía de las enfermedades que tan claras y tan precisas se muestran ante nuestros ojos.

Verdad es que en clínica consideramos como un axioma que todo cardíaco que orina, está salvado por el momento del peligro que le amenaza; pero este axioma tiene una explicación clara, independiente de las complicaciones urémicas, porque el que un cardíaco orine después de la administración de los tónicos del miocardio, indica que éste tiene todavía energías para responder á los estímulos que las solicitan, aumentando la presión arterial y venciendo de una manera mecánica los éxtasis del riñón, obteniendo por este medio una depleción acuosa del sistema vascular, que da lugar como consecuencia inmediata á la absorción de las exudaciones serosas y á la desaparición de los éxtasis periféricos.

Todo tuberculoso que come bien, se defiende y vive mucho tiempo con su tuberculosis, y sin embargo, no se nos ocurrirá decir de los tuberculosos que no comen, que se han muerto de dispepsia ó de inapetencia.

Queda, pues, explicado, aunque á la ligera, mi criterio, acaso erróneo, de las relaciones entre el corazón y el riñón y de lo poco clínico que es el considerar que se mueren de uremia los cardíacos del corazón derecho ó los cardíacos del corazón izquierdo en período final que resultan cuando no mueren antes por otros motivos, enfermos del corazón derecho por una consecuencia lógica de mecánica circulatoria que no hay para qué explicar en este momento.

Dediquemos ahora algunos conceptos á la relación inversa, es decir, á la del riñón sobre el ventrículo izquierdo.

Una nefritis parenquimatosa, de riñón grande (ó en período atrófico) de riñón pequeño, dificulta la depleción de las arterias renales, arterias gruesas de gran calibre y que aportan al filtro renal una gran cantidad de sangre; aumenta la presión vascular en estas ar-

terias, y este aumento de tensión, provocado por la dificultad de la depleción arterial, se refleja en la columna líquida de la aorta, y el ventrículo izquierdo aumenta su energía contráctil, y como el obstáculo persiste uno y otro día, sobreviene la hipertrofia ventricular, aparece á la auscultación reforzado y duro el tono sistólico de la punta y se observa poco después el desdoblamiento de ese tono, y en último término, la insuficiencia de la mitral con todas sus ulteriores consecuencias.

Esta es la misma escena que observamos con el ventrículo derecho en las bronquitis crónicas, en que el pulmón se hace impermeable, ya por el enfisema, ya por la esclerosis, ya por la ingurgitación inflamatoria de los espacios interalveolares, obstáculos todos que dificultan el vaciamiento de la arteria pulmonar, aumentan la tensión de la columna líquida, hipertrofian el ventrículo derecho y dan lugar, en último término, á la insuficiencia de la tricúspide.

Estas lesiones del corazón izquierdo en la nefritis crónica no son primitivas, sino consecutivas, y el enfermo con estas lesiones cardíacas es un nefrítico que se ha hecho cardíaco secundariamente, pero nefrítico con todas sus consecuencias, insuficiencia urinaria, uremia en todas sus formas, nefrítico que sucumbirá por su nefritis, no por su corazón, cuyas lesiones evolucionarán más ó menos rápidamente, pero que siempre irán detrás y á distancia de la enfermedad que les ha dado origen.

Queda por examinar el tercer grupo, el de las nefritis arteriales. Ya hemos dicho antes que la esclerosis renal marcha á la par de la esclerosis de las demás arterias, y cuando el sistema arterial está viejo, cualquiera que sea la edad del sujeto, el riñón y los grandes vasos sufren el mismo proceso; en este caso es muchas veces difícil diferenciar en ciertos momentos si se trata de síntomas urémicos ó de alteraciones profundas de los capilares de otros órganos que no sean el riñón.

Pongamos un ejemplo: un hombre de edad pierde súbitamente el conocimiento y se queda comatoso; ¿es un coma urémico ó se trata de una hemorragia cerebral? No hay que perder tiempo en el diagnóstico, y es indispensable analizar la orina *in continenti*.

Si la densidad de la orina está por debajo de la normal y existen indicios de albúmina, podrá afirmarse que se trata de un coma urémico por esclerosis renal; en caso contrario, podrá asegurarse que el coma es congestivo ó apopléctico.

Claro está que en este momento supremo el tratamiento ha de ser

urgente é idéntico: si se trata de uremia, la sangría; si el coma es congestivo ó hemorrágico, la sangría también; ¡pero qué diferencia con respecto al pronóstico! Si el coma es urémico, todo aquel terrible cuadro desaparecerá como por encanto; si no lo es, sucumbirá el enfermo, ó quedará hemiplégico si se trata de una hemorragia á pesar de la sangría tan oportunamente empleada.

Las nefritis tóxicas como, por ejemplo, la saturnina, son siempre nefritis que pueden matar por uremia é ir acompañadas en la forma crónica de alteraciones de los grandes vasos, pero como las anteriores, son siempre nefritis, primitiva y ulteriormente.

No hay para qué ocuparse aquí de las nefritis llamadas infecciosas, porque son nefritis de eliminación, tienen una forma aguda, pero poco intensa, son siempre epiteliales, desaparecen con la enfermedad que las ha provocado, y sólo cuando se descuidan ó tratan mal, pasan al período crónico.

El ejemplo más patente de ellas es la nefritis escarlatinosa, cuyas consecuencias pueden prevenirse solamente con cuidados higiénicos; pero cuando en el curso de una escarlatina, por benigna que sea, el médico no se toma la molestia de tener estos cuidados, ni se preocupa del estado de la orina, no solamente la nefritis puede alcanzar cierta gravedad, sino que puede pasar al estado crónico y dar lugar á todas las consecuencias de la enfermedad de Bright.

Estas nefritis rara vez dan lugar á la uremia cuando se atienden como es debido, y nunca dejan consecuencias, excepción hecha de aquellos casos de infecciones agudísimas y violentas contra las que la terapéutica es generalmente impotente.

Durante el embarazo es frecuente qne aparezcan síntomas urémicos: dificultades de circulación abdominal en los últimos meses de la gestación, éxtasis renales dependientes de ella, impotencia más ó menos acentuada del ventrículo izquierdo, son causas que dan lugar á veces á que estallen síndromes graves, que se presentan de una manera brusca, que ponen en peligro la vida y que muchas veces ocasionan la muerte.

Estos fenómenos cardiorrenales son un accidente circulatorio propio de este estado y que no siempre puede preverse ni prevenirse.

Resumiendo, pues, acerca de estos puntos, se ve claramente que las lesiones del corazón derecho y las del izquierdo en sus períodos finales, en que afectan también el corazón de sangre venosa, dan lugar á complicaciones renales, caracterizadas anatómicamente por el éxtasis y funcionalmente por la insuficiencia urinaria; que las

lesiones parenquimatosas del riñón determinan lesiones consecutivas en el ventrículo izquierdo y que las lesiones esclerosas son concomitantes con otras análogas del sistema circulatorio.

Ahora bien, los fenómenos urémicos y la uremia son propios de las lesiones renales primitivas y excepcionales en las secundarias; el cardíaco que tiene éxtasis renal, riñón cardíaco, muere por el corazón, y el nefrítico que tiene insuficiencia mitral, muere por el riñón, y si bien es cierto que las lesiones secundarias agravan en todos los casos las primitivas y originarias, no es lógico en buena clínica atribuir la muerte á las complicaciones, sino á la enfermedad misma: el que se muere de pulmonía, se muere de pulmonía, aun cuando ésta haya originado desfallecimiento cardíaco, porque si fuésemos en este orden de consideraciones á atribuir la muerte á las consecuencias de la enfermedad, tendríamos que convenir que todos los enfermos se mueren de síncope, porque nadie se muere hasta que el corazón deja de latir.

No conviene, por lo tanto, desfigurar la verdad clínica, y con respecto á la uremia, se desfigura muchas veces, entendiendo que mueren de uremia enfermos que se mueren por otros motivos.

Hoy día se concede al riñón una importancia primordial, y aun cuando la tiene y muy grande en patología, no debemos concentrar en él todas nuestras miradas, descuidando otros órganos que tienen tanto interés fisiológico y patológico como él.

LOS CONSULTORIOS DE NIÑOS DE PECHO

(GOTAS DE LECHE)

SU ORIGEN É IMPORTANCIA — NECESIDAD DE SU PROPAGACIÓN EN ESPAÑA

Conferencias dadas en el Ateneo de Madrid los días 16, 23 y 30 de Abril de 1905

POR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

Fundador del Primer Consultorio de niños de pecho, en Madrid.

(Continuación).

III

SEÑORAS Y SEÑORES: Si crítica fué mi situación en noches anteriores en las que tuvísteis la bondad de escucharme, lo es doblemente en la de hoy, por cuanto que, en las Conferencias primeras os dí á conocer cosas y hechos realizados por otras personas, y en la de esta noche he de hablaros de un asunto que se relaciona directamente con mi humilde persona.

Esta Conferencia, señores, presenta para mí tan grandes escollos, que no sé si tendré la suerte de salvarlos; ni si poseeré la suficiente claridad de expresión para haceros comprender bien, que cuantas frases aquí pronuncie, no envuelven algo así como si dijéramos orgullo, vanidad, ni siquiera presunción. La bondadosa insistencia del Sr. Moret en que fuese yo el que os diera á conocer lo que son los *Consultorios de niños de pecho*, me obliga forzosamente á hablaros de una cuestión en la que, por caprichos de la veleidosa suerte, he tomado una parte principalísima, y, por lo tanto, no puedo desligar de ella mi persona, por modesta que sea. Confío, sin embargo, en que vuestra inteligencia y vuestra bondad os hará ver bien claro cuán crítica es mi situación, y que no pensaréis en nada que pueda empequeñecerme aún más, y en esta confianza entro tranquilamente de lleno en el objeto principal de la Conferencia de esta noche.

La primera noticia que tuve de que en Francia existía la humanitaria institución de los *Consultorios de niños de pecho* fué por el doctor D. Julio Robert, condiscípulo é íntimo amigo mío, médico de extensa cultura y acreditada práctica, á quien desde el principio de

mi vida matrimonial encargué, primero, el cuidado de la salud de mi esposa y, después, la de mis queridos hijos. Tales fueron los elogios que de sus labios salieron en favor de los *Consultorios*, que aprovechando un viaje que á la capital de la vecina República hice poco tiempo después, mi primer cuidado fué visitar el Consultorio dirigido por el Dr. Budin y el Dispensario de Belleville del Dr. Variot, y, en efecto, quedé altamente prendado de la nueva institución que tan grandes beneficios reporta á la salud de los niños, naciendo en mí el deseo de implantarla en Madrid y difundirla por toda España.

Y como los éxitos de toda empresa son tanto mayores y más positivos cuantos más estudios fueron hechos para su realización y más claramente se demuestran su necesidad y reales ventajas, de ahí que aprovechase la ocasión que me ofrecía mi ilustre amigo don Alberto Aguilera, Alcalde de Madrid, nombrándome miembro de la Junta Municipal de Sanidad.

Multitud de trabajos acerca de higiene y de mortalidad infantil se han publicado en nuestra patria. Dificilísimo me sería hacer de ellos una relación exacta; os citaré tan sólo algunos de los que ahora recuerde de los Dres. Benavente, Sánchez Rubio, Gordillo, Aguirre, González Alvarez, Tolosa Latour, Fatás, Castañer, Malo de Poveda, Iglesias, Doncel, todos de Madrid; Dr. Vidal Solares, Comenge, Martínez Vargas, David Ferrer, de Barcelona; Lain, de Huesca; Medel, de Murcia; García del Real, de Santiago; Gómez Ferrer y Aguilar, de Valencia; Borobio, de Zaragoza; y como os digo, infinitos más que no vienen á mi memoria en este momento.

Pues bien, á pesar del indiscutible mérito de estos escritos, poco, muy poco interés despertaron nunca, hay que confesarlo, ni en la sociedad en general ni en nuestros gobernantes en particular, y condoliéndome yo á fines de 1902, ante algunos vocales de la *Junta Municipal de Sanidad*, del olvido en que se tenía todo lo relativo á la higiene de los niños de pecho y de la espantosa cifra de su mortalidad, fuí honrado por la Junta con la Comisión de redactar un *Informe* acerca de esta materia, y, en efecto, el 6 de marzo de 1903 cumplí tan difícil como importante cometido.

En dicho *Informe* dí cuenta detallada de la grandísima mortalidad que teníamos en la corte, presentando varias estadísticas, algunas de las cuales os dí á conocer en la primera Conferencia, y de tal modo impresionaron á mis dignos compañeros de Junta que, terminada la lectura, pidieron la venia al Excmo. Sr. Alcalde (que lo

era á la sazón el ilustre Marqués de Portago), para manifestarle la necesidad de imprimir el referido *Informe* en vista de los alarmantes datos que contenía. Así lo decretó inmediatamente, haciéndose de él un gran número de ejemplares que fueron profusa y gratuitamente repartidos.

Mi *Informe* terminaba haciendo al Municipio las siguientes peticiones:

1.ª Inmediato cierre de todas las vaquerías que no reunan las convenientes condiciones higiénicas.

2.ª Prohibición *absoluta* de la venta de leche en los puestos callejeros.

3.ª Castigo severísimo á los que adulteren ó modifiquen la leche.

4.ª Protección á las publicaciones de carácter científico que tengan por objeto difundir los conocimientos de higiene.

5.ª Creación de *Consultorios de niños de pecho*, utilizando para ello las Casas de Socorro y el digno é ilustrado personal del Cuerpo médico de la Beneficencia municipal.

6.ª Utilizar también los valiosos servicios de los Profesores de dicho Cuerpo, para que den conferencias populares sobre asuntos de higiene individual y colectiva; trabajo que se consideraría como de mérito en su carrera y merecedor de premios extraordinarios.

7.ª Estudiar los medios de abaratar el subido precio que hoy tienen las leches en Madrid.

8.ª Distribución *gratuita* de leche (prefiriendo, á ser posible, la *esterilizada*) á las madres pobres que no puedan criar personalmente á sus hijos y carezcan de los medios para hacerlo artificialmente.

Luego os diré lo que de estas conclusiones se ha llevado á la práctica.

Poco tiempo después de leído mi *Informe* en la Junta municipal, tuve el honor de ser nombrado ponente del tema *Mortalidad de la primera infancia*, que había de ser leído en el *Congreso de Deontología médica* que se celebraría en Madrid en abril de aquel mismo año, con ocasión del *Congreso internacional de Medicina*. En dicho modesto trabajo me ocupé en hacer un estudio de la mortalidad de nuestra nación, tanto de adultos como de niños, y comparando la de los niños de pecho con la que ocasiona la más terrible y mortífera de las enfermedades, la *tuberculosis*, resultando cifras verdaderamente aterradoras, como vísteis en los cuadros que os presenté noches pasadas.

Hablando yo con unos parientes de mi esposa los Marqueses de

Casa-Torre (D.ª Dolores de Chavarri y D. José María Lizana), de este gravísimo problema social y habiendo ellos leído los modestos trabajos á que antes me he referido, ofreciéronse espontánea y generosamente á ayudarme en mis proyectos de establecer en Madrid un *Consultorio de niños de pecho*.

Les manifesté que para realizarlo como era debido y á fin de que el éxito coronase nuestra obra, era preciso, indispensable, el que yo hiciese un viaje de estudio á algunos de los puntos donde esta Institución se halla ya establecida, porque si bien la conocía científicamente por haberlas visitado y leído muchos de los trabajos escritos acerca de ella, ignoraba *su modo de funcionar* y deseaba conocer hasta los más íntimos detalles de su instalación y mecanismo.

Comprendiéndolo así también los Sres. Marqueses, poseedores de un alma extraordinariamente caritativa y de un corazón más grande y generoso que su fortuna, con serlo ésta mucho, me autorizaron para que efectuase el viaje, manifestándome al mismo tiempo que no economizase nada de cuanto fuese necesario, á fin de que se realizara la obra en la forma que fuera debida.

Emprendí, pues, mi viaje en el verano de 1903, visitando la capital y varias poblaciones de Francia y Bélgica, viaje del cual he dado detalles en un pequeño folleto titulado *Los Consultorios de niños de pecho. Gotas de leche. (Impresiones de viaje)*.

Mi objeto al visitar varios Consultorios y no contentarme con ver funcionar uno sólo, que podría parecer bastante, era porque como cada hombre tiene su cerebro y por ende su modo propio de pensar y razonar, yo quería oir las opiniones de varios, y escuchando de unos las ventajas y de otros los inconvenientes, tanto respecto de los aparatos como de los procedimientos, podría así formar mejor concepto, descartar lo que pudiera ser hijo del entusiasmo ó de la pasión, que muchas veces nos transforma las ilusiones en realidades. Y digo esto, no porque yo crea que mis colegas no procedan con la honradez y buena fé que corresponde á su honorabilidad, no; sino porque, señores, tengo aprendido como experiencia ya de los años que llevo vivido, y que por desgracia no son pocos, que si los vapores del alcohol perturban las funciones del cerebro, los vapores del entusiasmo también obscurecen á veces nuestra inteligencia, haciéndonos ver las cosas de muy distinto modo de lo que en realidad son.

Yo os aseguro que el viaje realizado me sirvió de mucho. Y después de hacerlo, juzgué que hubiese sido hasta una verdadera teme-

ridad el haberme arriesgado á fundar el Consultorio sin la experiencia que adquirí en las diferentes visitas que hice á aquellos establecimientos extranjeros.

Ya de regreso en esta Corte, pensé que tratándose de una obra tan humanitaria, tan caritativa y de transcendencia tan extraordinaria, debía dar de ella cuenta á nuestra ilustre Reina madre D.ª María Cristina, por serme de sobra conocidos los grandes sentimientos de su alma noble y generosa, siempre dispuesta á acoger benévola y á ayudar solícita toda obra que redunde en honor de España y en bien de los pobres desvalidos, así es que pedí la correspondiente audiencia, que me fué pronto concedida.

No bien empecé á exponer á la Augusta señora el objeto de mi visita y cuando yo creía hablarle de cosa para ella desconocida, me interrumpió con la efusión más viva, con el entusiasmo mayor que he visto en persona alguna, diciendo: «¿De veras, Dr. Ulecia, viene usted á hablarme de eso? No sabe usted qué satisfacción me proporciona con ello, porque yo ya tengo conocimiento de lo hermosa que es esa obra, de los beneficicios que reporta á las pobres madres y á los infelices niños. Lo que sí desconozco es cómo funciona, y si fuese usted tan amable que me lo explicarse se lo agradecería mucho».

Así lo hice, y una vez que terminé, exclamó emocionada y con extraordinaria viveza de expresión: «Felicito á usted por tan buen pensamiento y cuente desde luego con mi apoyo. Yo seré con gran satisfacción protectora de la obra. Avíseme usted cuando todo esté ya arreglado y tendré mucho gusto en ir personalmente á inaugurarla».

Excuso deciros, señores, cuán agradable no sería la impresión que hube de experimentar al oir de labios de tan buena y cariñosa Señora lo que os acabo de referir.

Puse manos en seguida á la obra, y el día 22 de enero de 1904, como ya todos sabéis, se inauguró oficialmente y con gran solemnidad el *Primer Consultorio de niños de pecho en Madrid*, y no digo *Gota de leche*, porque, como os manifesté la otra noche, el de Consultorio da mejor idea á las madres de la verdadera misión que desempeña y de los fines que realiza.

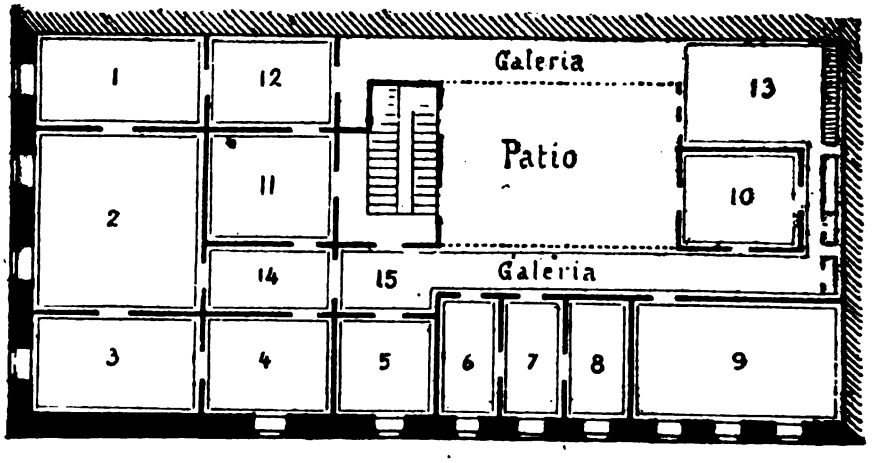
Estos Consultorios, además de los consejos higiénicos y de la provisión de buena leche á las madres que no pueden amamantar á sus hijos, deben tener anejo, como complemento de su meritoria obra, un *Dispensario para niños enfermos*, porque, en efecto, muchos ni-

ños suelen enfermar durante el tiempo que lactan y así la protección que se les ofrece es completa : consejos y leche mientras están sanos; asistencia médica y medicinas, cuando enferman.

Nosotros así lo hemos hecho, estableciendo un *Dispensario* con el concurso de distinguidos Profesores de reconocida práctica, como son los Dres. Benítez, Tolosa Latour y Sarabia, para la sección de *medicina*; Pérez Ortíz, para la de *cirugía*; la notable oculista doña Trinidad Arroyo de Márquez, para las *enfermedades de los ojos;* Rueda, para las de *nariz, oídos* y *garganta;* y disponemos también del *Instituto de mecanoterapia*, del Dr. Decref, quien nos ha ofrecido también gratuitamente sus servicios para los casos que lo requieran.

⁂

Voy ahora señoras y señores, á exponeros cómo funciona nuestro Consultorio para que lo conozcan aquellos que por falta de tiempo ú ocasión, no han ido todavía á visitarlo, cosa que encarecidamente os ruego hagáis é invitéis á vuestras familias ó amigos lo hagan, porque es como mejor se puede comprender su mecanismo y sentir la necesidad de su existencia.



PLANO DEL CONSULTORIO

Como sabéis, está establecido en la calle de San Bernardo, número 83, principal ; el edificio es alquilado, hasta que logremos reunir fondos suficientes para tenerlo propio. Yo confío en que Dios mediante, así sucederá. Por ahora, hemos de contentarnos con este

que, como veréis por el plano, reune condiciones bastante apropiadas.

El núm. 15 es el *vestíbulo*, desde donde se pasa al núm. 14, que es la antesala y al 5 que es el *despacho* del Director y *Sala de Juntas*. De la antesala se pasa al núm. 4, *antesala del peso* donde aguardan las madres á que les toque el turno de pesar al niño, operación que se hace en la habitación núm. 2. Una vez pesado y vestido el niño se le pasa al *Salón de Consulta* núm. 2 y terminada la Consulta sale por la antesala núm. 14 al vestíbulo y escalera.

Las numeradas con el 1, 11 y 12, son las *habitaciones de la Gerente*. En la núm. 1 hay un armario para documentos, otro para instrumentos y medicinas de urgente empleo y otro lleno de envolturas y vestiditos con que premiamos á las madres que mejor cuidan á sus hijos; dichas ropas nos las envían de regalo generosos amigos ó algunas de las caritativas damas que forman parte de los humanitarios *Talleres de Santa Rita*, dedicados á la benéfica y misericordiosa obra de *vestir al desnudo*. Del núm. 12 se pasa por la galería de cristales al núm. 13 donde se hace la limpieza de los biberones; de ahí, por un pasillo, se entra en el núm. 10 donde se hace la operación de llenar de leche los biberones y de él se pasa al núm. 9, habitación en que está el gran aparato esterilizador de Hignette. Una vez esterilizada la leche y colocados los biberones en sus respectivas cestitas de alambre, se llevan á la habitación núm. 6 donde cada una es colocada en estantes numerados, correspondiendo cada número de la cesta con el de la estantería, á fin de que no haya ninguna equivocación al hacer la entrega de las cestas. La núm. 7 es habitación de paso y la núm. 8 el almacén ó depósito de biberones, harinas, medicamentos, etc. Además, tiene como se ve bien claro, un hermosísimo patio que á más de bastante luz, proporciona buena ventilación; esta última no falta, pues la casa tiene doce balcones que dan á dos calles, la de San Bernardo y Monserrat.

Como véis, el local reune cuantas condiciones se pueden desear, y á tal punto es así, que nos servirá de modelo para cuando Dios quiera que, con ayuda de almas generosas y espléndidas, podamos construir un edificio propio, y entonces será dable realizar cosas que no son posibles en éste alquilado, y que considero son de gran necesidad.

⁂

Veamos ahora cómo funciona el Consultorio y cuál es su mecanismo interno.

Empecemos por lo principal: la *limpieza de los biberones*.

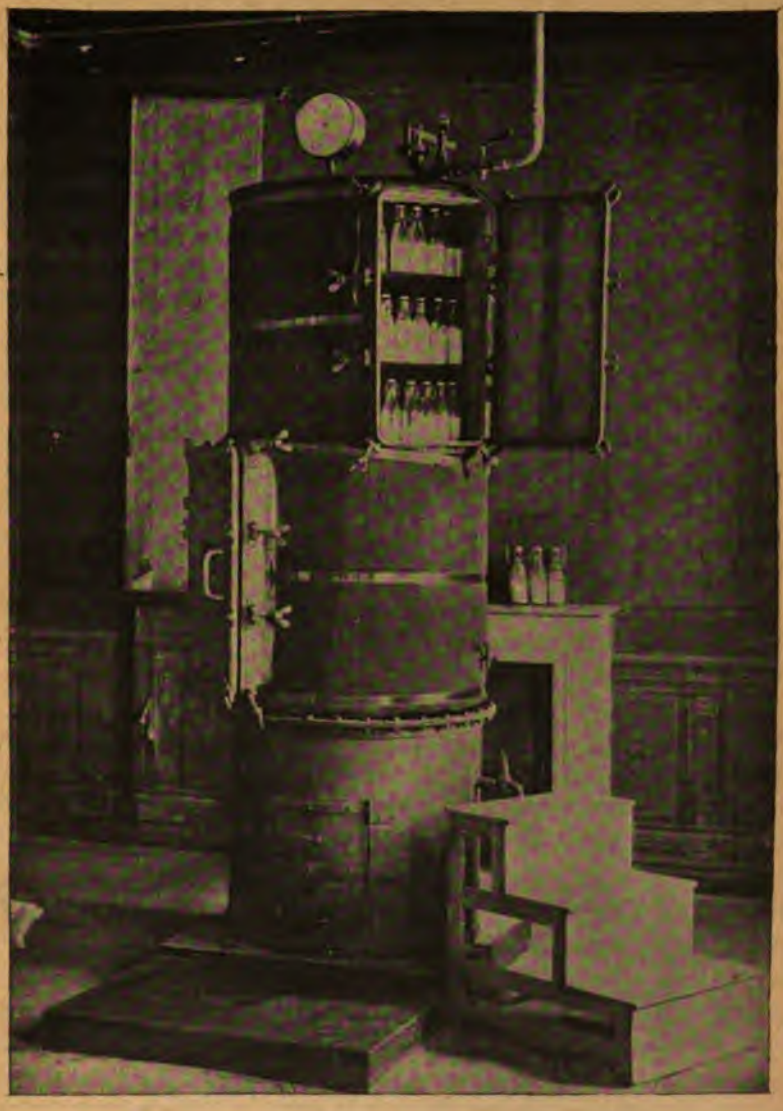
Esta se efectúa del modo siguiente: Los biberones devueltos, entre limpios y sucios, por las madres, según sean éstas de pulcras, son sumergidos en una gran tina de madera que contiene *subcarbonato de sosa* disuelto en abundante cantidad de agua caliente, para quitarles la grasa adherida á sus paredes. Luego, pasan á un primer depósito de zinc que contiene agua cristalina, donde son bien enjuagados. Inmediatamente después, se colocan en el aparato mecánico, construído por la casa Laune, de París. Dicho aparato está en comunicación con la tubería general de agua, y es puesto en movimiento por un motor eléctrico que hace girar vertiginosamente un escobillón introducido en el interior del biberón, y, por último, terminado esto, el biberón es de nuevo sumergido en un segundo depósito de zinc que contiene agua también pura.

Hecha en esta forma la operación, véis que es algo difícil ó raro que quede sucio un biberón, y la limpieza resulta lo más perfecta posible.

Y así tiene que ser, señores, pues la limpieza del biberón desempeña un papel principalísimo en la lactancia artificial, porque, en efecto, ¿de qué serviría que el médico calculase bien la ración de leche al niño; el que la leche fuese de superior calidad; el que la madre solícita y amante de su hijo cumpliese fielmente las instrucciones recibidas del médico en cuanto á cantidad y horas, si por negligencia de los encargados de la limpieza de los biberones quedasen éstos poco limpios y se contaminase la leche? Es, pues, necesario, absolutamente indispensable, que esta delicada operación se efectúe á toda conciencia, teniendo siempre presente que de ella depende la vida de los niños. Por fortuna, en nuestro *Consultorio* se hace á mi completa satisfacción.

Terminada la limpieza de los biberones, pasan, como os dije, á la habitación núm. 10, donde han de ser llenados. Esta operación se verifica del modo siguiente: Primero se hace la mezcla proporcional de agua en $^1/_3$ ó en $^1/_4$, según la edad del niño (*pues los de pocos meses no pueden, generalmente, tomarla pura*), y se añade sal ($^1/_2$ por 1.000 de agua) y azúcar (50 por 1.000 de agua), para asemejar más la leche de vaca á la de mujer. Después se echa la leche así

preparada, y lo mismo pura (á la que añadimos ½ gramo de sal y 14 de azúcar por litro), en el aparato de Ullax, que tiene un filtro de



APARATO ESTERILIZADOR DE HIGNETTE

algodón, donde quedan todas las impurezas que pueda contener, pasando así completamente limpia por el aparato construído en el

Havre (Francia) por Copin (que hace poco ha muerto, y su viuda ha tenido la generosidad de enviarnos una cantidad como donativo para nuestro Consultorio).

Practicadas dichas operaciones de este modo, resulta que no hay peligro de que las manos de los que las ejecutan toquen la leche, y ésta permanece completamente limpia.

APARATO AUTOMÁTICO DE COPIN

Llenos ya los biberones, pasan á la sala de esterilización, donde está el autoclave ó estufa de Hignette, de París, que puede esterilizar, según el tamaño, hasta 1.000 biberones, como es el que aquí véis y usamos en nuestro Consultorio.

Debajo hay un hornillo, que puede ser para gas ó para carbón de coque. Como en Madrid es extraordinariamente caro el gas, nosotros usamos carbón. Encima del hornillo hay un depósito de agua, y más encima aún, dos compartimientos con pisos de rejilla, donde se colocan los biberones.

Una vez puestos en el interior todos los biberones, se cierran las puertas y permanecen así cerradas durante cuarenta y cinco minutos, elevándose la temperatura de 103 á 105 grados, según indica el termómetro cuadrante colocado en la parte superior del aparato, el cual tiene también su correspondiente manómetro y válvula de seguridad. El vapor de agua va por medio de una tubería al departamento de limpieza de biberones, para con él calentar el agua que se emplea en dicha operación.

Esterilizados los biberones, se colocan en las correspondientes cestitas, y éstas en las estanterías para ser entregadas luego á las madres.

Realmente debía decir algunas palabras para daros á conocer lo que es leche pasteurizada, maternizada y esterilizada, pero vista la hora y lo que me resta que describir del Consultorio, no es esto posible. Además, la cuestión de la leche merece que persona de más competencia que yo os diera una Conferencia acerca de ella, porque es asunto que reviste una importancia de primer orden en el problema de la lactancia.

El cuadro que véis ahora, es la sala del peso. Esta operación se practica al inscribir por vez primera al niño, y se repite todas las semanas ó cada quince días, para ver el resultado que en su nutrición produce el régimen á que está sometido.

El aparato es procedente de la casa Exupére, de París. Consiste en una balanza ordinaria, de bastante precisión, á la que se adapta un cestito provisto de su correspondiente colchoneta para que esté menos molesto el niño. Como cuestión de limpieza, se interpone *siempre* entre la colchoneta y el niño una *hoja de papel celulosa impermeable*, la cual se inutiliza en seguida y se sustituye por otra *cada vez* que se pesa un niño; de ese modo evitamos escrúpulos, temores y toda clase de contagios. Aquí, en este cuadro, no véis la hoja de papel, porque el fotógrafo la quitó porque impedía, dijo, que se viera bien el peso. La joven, cuya figura más se destaca en el cuadro, es la Gerente del Consultorio, D.ª Isabel Huelgas, que posee el título de maestra, y además prendas de carácter que la hacen

muy á propósito para el desempeño de las funciones que le están encomendadas, y las cuales cumple á satisfacción de todos.

Ese joven que véis, es el encargado de pesar los niños, D. Carlos Sáinz de los Terreros; de él baste deciros que es un estudiante de segundo año de Medicina, que ha merecido siempre calificaciones de sobresaliente y premios en las asignaturas que lleva estudiadas; asiste con ejemplar puntualidad al Consultorio todos los *miércoles* (día de la consulta), sin faltar uno, prestándonos tan señalado servicio *gratuitamente*. Una vez pesado el niño, el Sr. Sáinz anota en la correspondiente cartilla el número de gramos que ha pesado, y hace la duducción, en más ó menos, de lo que pesó la vez anterior.

SALA DE PESO

Una de estas mujeres que véis en el cuadro, la que está á la derecha de la gerente, es madre del niño que tiene en brazos. Ese niño ha estado dos veces grave á consecuencia de bronquitis, una de ellas tanto, que ya su madre le hizo el trajecillo para amortajarle y, sin embargo, ahí le tenéis tan bueno y tan contento hoy.

El otro que está más á la izquierda, es hijo de la que en brazos lo tiene; mujer prolífera, pues ha tenido 19 hijos, de los cuales sólo le viven 8. Esta madre fecunda, confiesa que de todos sus hijos, ninguno se le ha criado tan hermoso ni ha echado tan fácilmente los dientes como ese niño, que se cría, siguiendo nuestras reglas, con la leche del Consultorio.

Este cuadro representa la Sala de consulta. A ella pasan los niños una vez pesados en la anterior habitación. Las madres se sientan en bancos dispuestos al efecto. El Profesor en un sillón, y frente á él se coloca la madre que ha de ser interrogada en presencia de todas las demás, y de cuantas personas asisten á la consulta, que por desgracia no suelen ser muchas. En el día que se hizo esta fotografía, dió la casualidad de que estaban en la Sala, como véis, varios médicos que son los nuevos Inspectores de Sanidad de varias provincias, los cuales nos honraron con su visita en esa mañana.

SALA DE CONSULTA

Los datos más importantes que facilita la madre son anotados por un auxiliar ó un escribiente en el *libro-registro*.

Cuando un niño presenta alguna alteración en su salud, entonces es reconocido por el reputado especialista en enfermedades de niños, Dr. D. Jesús Sarabia, que comparte conmigo las tareas del Consultorio, porque yo no me ocupo en el niño más que en tanto está bueno; mi misión es *evitar* que enferme, guiando á la madre y aconsejándole el mejor método que ha de seguir para que su hijo no enferme. Mas una vez que, por desgracia y á pesar de los pesares, la salud del niño se altera, entonces yo, como si dijéramos, gobernador en tiempo de paz, delego el mando en la autoridad militar encargada de mantener el orden; es decir, que una vez enfermo el

nino, pasa á observación del Dr. Sarabia, el cual prescribe las medicinas necesarias y establece el plan que le corresponde.

La consulta, como véis, se verifica en presencia de todas las madres reunidas en la Sala, y de este modo éstas no sólo oyen los consejos é indicaciones que hace el doctor, sino cuánto aquélla que le toca en turno refiere acerca del estado de su niño, sirviendo todo de enseñanza verdaderamente práctica. Vosotros no podéis daros bien cuenta, señores, de la ventaja que esto tiene; nosotros sí, porque todos los días lo estamos viendo, lo palpamos, como vulgarmente se dice, y vemos la transformación que se opera en las madres, des-

VISTA EXTERIOR DEL CONSULTORIO

pués que llevan algún tiempo de concurrir al Establecimiento. Por eso yo doy tanta importancia y considero como lo esencial la *consulta*, la verdadera escuela de madre, y pido que no se despoje á los *Consultorios de niños de pecho* de su carácter eminentemente científico.

Y esto se demuestra aún más palmariamente, en la consulta que tenemos los lunes y los jueves. Las que acuden en estos días no reciben leche del Consultorio, sino que van en busca sólo de nuestros consejos, y unas emplean la lactancia materna, otras la mixta y otras la artificial, surtiéndose en estos casos de leche de las diversas vaquerías de la corte, y os aseguro que los resultados que obtene-

mos son en extremo satisfactorios. La consulta de los *lunes* está dedicada á las pobres, y corre á mi cargo. La de los *jueves*, encomendada al Dr. Robert, es para las señoras de la clase acomodada que pagan lo que buenamente pueden ó quieren, como limosna, para ayuda de los gastos del Consultorio.

En la pág. 380 está la vista exterior del Consultorio hecha el día de Pascua de Navidad, día en que acudieron casi todas las madres á recibir el aguinaldo que les dábamos para sus hijos, consistente en gorritas, vestidos, toquillas, envolturas, etc., etc.

Necesitaría señores lo menos tres conferencias más si fuese á exponeros detalles de la historia de cada uno de esos niños que véis ahí retratados, algunas verderamente notables é interesantísimas, y que hablan muy en favor de esta santa y humanitaria Institución.

(*Concluirá*).

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. Manual práctico de masaje, por D. Angel de Diego y Fernández. Madrid, 1905.

II. Alimentación del soldado español, por D. Emilio Alonso y García Sierra. Madrid, 1906.

I

Otra obra del tipo y con los fines que escribió sus *Tratados de Medicina y Cirugía de urgencia*, nos da á conocer el Dr. De Diego en su *Manual de masaje*. Escrita como aquéllas con gran ciencia y sencillez al mismo tiempo, responde perfectamente á los fines que busca su autor, y por eso su utilidad es indiscutible.

El arte del masaje exige condiciones especiales por parte del opedor y un conocimiento perfecto de la anatomía de las regiones y funciones de los órganos que se han de someter á este recurso terapéutico. Por eso todos los esfuerzos de la Medicina han ido encaminados á dar á este asunto el puesto debido en la práctica, arrancándola del empirismo y llevándola por medios adecuados hasta llegar á constituir una rama muy especial de estudios, como sucede en

otras naciones, y por fortuna, se inicia en España. La obra del doctor De Diego es necesaria y útil en cuanto nos da a conocer lo que es este recurso terapéutico y cómo se debe practicar.

Después de explicar el objeto de su publicación y hacer breve historia del masaje en la antigüedad y de su estado actualmente, se ocupa de las reglas preliminares (aptitud del amasador, duración de las sesiones, etc.), técnica del masaje (desfloro, fricciones, amasamiento, etc.), masaje general, masaje local (frente, tórax, abdomen, etc.), acción fisiológica, gimnasia médica, aplicaciones terapéuticas del masaje en la anemia, reumatismo, obesidad, etc., para ocuparse seguidamente de su acción en las diferentes enfermedades (del aparato digestivo, respiratorio, nervioso, locomotor, etc., sin omitir nada de cuanto respecto de este asunto puede ser digno de estudio. Dedica, por fin, un capítulo á su aplicación en las desviaciones del raquis, intoxicaciones, enfermedades de la piel y al masaje cosmético.

Véase, por el índice señalado, lo completo de la obra y la importancia del masaje en terapéutica. Dice el autor, y con razón: «La sueroterapia ha de ser comprendida si de ella se quieren obtener resultados; estudiarla insuficientemente, equivale á caminar á ciegas, á no sacar todo el partido que se debiera y aun á perjudicar al enfermo».

Esto es cierto, y así debe juzgarse de su empleo en medicina: por eso la obra de que damos cuenta, al ser sumamente instructiva, es de las que seguramente serán leídas mucho y con gran provecho.

Una vez más felicitamos al Dr. De Diego por su laboriosidad y por el servicio que presta á la Clase médica con sus publicaciones.

II

Al Centro del Ejército y de la Armada ha llevado este asunto el autor, y fué el motivo de una notable conferencia, en la cual desarrolló el tema en la forma que expresa en su folleto. Se ocupa de las fases por que ha pasado la alimentación de los ejércitos en las diversas épocas de la historia; de consideraciones fisiológicas sobre su rancho tipo para guarnición y para campaña; comparación de este rancho tipo con el que actualmente se suministra al soldado español y al soldado europeo, y después de consignar ideas muy estimables respecto de estos extremos, se ocupa de los modos de resolver este problema, proponiendo los medios que él crea más convenientes. En este trabajo se pone de relieve el escaso valor alimen-

ticio del rancho actual y se aborda el problema con inteligencia y claridad, por lo cual se hace muy meritorio y digno de un detenido estudio.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

La sueroterapia en las supuraciones oculares.—En los *Archivos de Oftalmología hispano-americanos* publica el Dr. Sanz Blanco lo siguiente:

«De los 18 enfermos examinados y sometidos al citado tratamiento, merece especial atención uno en quien, por haberse clavado en la córnea una astilla de caña, se fraguó una úlcera corneal con hipopión, cuyo pus acusaba verdadero predominio de pneumococos.

Dí principio á mis ensayos en un enfermo que padecía una ulceración central de la córnea con hipopión que ocupaba un tercio de la cámara anterior.

El primer día que se sometió á mi observación, le inyecté bajo la conjuntiva $^1/_2$ cent. cúb. de suero antiestreptocócico polivalente, limitando el resto del tratamiento á lavados é irrigaciones de disolución de cianuro hidrargírico al $^1/_4$ por 1.000. La referida inyección no produjo más sensación dolorosa que la que provoca la inyección de agua salada con acoína; al día siguiente el hipopión disminuyó algún tanto, aunque no mucho, por cuyo motivo volví á hacerle una nueva aplicación del mismo suero en la misma cantidad; esta segunda inyección ya fué seguida de visible mejoría, pues el hipopión disminuyó en más de una mitad; los tres días subsiguientes me abstuve de la aplicación de suero, sometiendo al enfermo al tratamiento ordinario de instilaciones de azul de metileno, disoluciones atropínicas y fomentos calientes antisépticos; el enfermo mejora, el hipopión disminuye lentamente y el aspecto de la úlcera corneal es mejor también.

Pasados los tres días que dejo indicados, procedo á una nueva inyección subconjuntival de suero; el pus, acumulado en la cámara anterior, desaparece casi por completo, quedando sólo una tan pequeña cantidad de él, que apenas se divisa; suspendido el uso de la sueroterapia y continuando con el tratamiento ordinario, desaparece totalmente el hipopión al segundo día de la última inyección. La úlcera comienza su trabajo de cicatrización y á la tercera semana, á contar del primer día en que el enfermo acudió á mi clínica, el revestimiento epitelial es completo y el paciente se ve libre de su enfermedad.

El segundo enfermo en quien continué mis experiencias, presentaba una serie de ulceraciones sépticas extracentrales de la córnea, pero no había hipopión; en éste el tratamiento fué combinado, pues á la vez que localmente le trataba con inyecciones subconjuntivales de disolución de cia-

nuro hidrargírico al $^1/_4$ por 1.000 (con acoína), le inyectaba en la región lumbar 1 cent. cúb. de suero antiestreptocócico. Cuatro inyecciones subconjuntivales de cianuro y tres en la región dorsal, de suero, en días alternos, fueron suficientes para que la lesión ulcerosa de la córnea entrara en camino de curación, la que se consiguió sin complicaciones de ninguna especie á los dieciséis días de tratamiento.

El tercer caso fué más complejo: una enferma con antigua dacrioblenorrea y queratitis ulcerosa con hipopión del ojo izquierdo. Lo primero que hice fué destruir el saco lagrimal y cauterizarle con el termocauterio é inmediatamente practiqué una inyección subconjuntival de $^1/_2$ cent. cúb. de suero antipneumocócico: al siguiente día después de lavar y aseptizar en lo posible la región operada y los fondos de saco conjuntivales, hice una inyección de suero antiestreptocócico en la región lumbar, y así continué alternando las subconjuntivales de uno con los lumbares de otro, total cuatro de las primeras y tres de las segundas; antes de que el traumatismo operatorio hubiese cicatrizado, desapareció completamente el hipopión, se limpió y detergió la úlcera y la enferma curó de su padecimiento á los dieciocho días.

Por no prolongar esta nota clínica, diré, en resumen, que en los restantes casos (hasta 18 que es el número de mis observaciones), ajusté mi conducta á lo expuesto, y en todos ellos logré la curación rápida, sin complicaciones, quedando como señal en las córneas ulceradas una mancha leucomatosa mucho más pequeña y mucho menos espesa de lo que ordinariamente estamos acostumbrados á ver.

Ultimamente citaré un caso de ciclocoroiditis supurativa por intervención quirúrgica que ví en consulta con un compañero en que recurrí á la sueroterapia como medio de tratamiento.

Un individuo operado de una catarata senil, con poco escrúpulo de las reglas de asepsia, á quien se traumatizó con exceso el iris al intentar repetidas veces extraer el cristalino por medio de cucharillas, sufre como complicación post operatoria, violenta inflamación uveal, que en poco tiempo termina por supurar; la córnea, deslustrada y no transparente, conserva, sin embargo, su integridad, dejando adivinar más que ver el aspecto turbio de la cámara anterior; los labios de la herida infiltrados y gruesos no están coaptados y dejan fluir á su través un líquido espeso y de carácter purulento. Grandes dolores oculares y hemicránicos.

En el acto de la visita le inyecté bajo la conjuntiva 1 cent. cúb. de suero antipneumocócico y en la región lumbar otro centímetro de suero antiestreptocócico, y como tratamiento suplementario fomentos constantes de disolución caliente de cianuro hidrargírico al 1 por 1.000. Al segundo día repito las inyecciones de suero en la misma forma, y por la noche, cuando de nuevo vuelvo á ver al enfermo, me hace saber que los grandes dolores que tenía han cedido tan notablemente, que le han permitido conciliar el sueño algunos ratos. Persisto en el tratamiento, pero las inyecciones las hago alternas; un día subconjuntivales, otro lumbares; total cuatro de cada una, y al décimo día el enfermo, sin dolores, presenta un ojo operado con más transparencia de la córnea; los labios de la herida ya sin infiltración comienzan á cicatrizar; la cámara anterior más clara. Suspendida la

sueroterapia, queda en su lugar el tratamiento ordinario (inyecciones de bi-ioduro hidrargírico, instilaciones de azul de metileno, etc.). Dos meses después, transparente la córnea y la cámara anterior aun cuando reducida en sus dimensiones; orificio pupilar irregular, etc., etc., goza el enfermo de una visión = $^1/_8$ + 6 dioptrías.

Mis personales observaciones, motivo de esta comunicación, me sugieren las siguientes conclusiones:

1.ª Las supuraciones oculares siempre son de naturaleza infecciosa, ya de origen endógeno ó exógeno.

2.ª El germen infeccioso más frecuente, por no decir único causante de las supuraciones oculares, es el pneumo y el estreptococo.

3.ª El tratamiento, por consiguiente, se dirigirá á restar elementos de desenvolvimiento y vida á los gérmenes infecciosos para evitar la acción patógena de ellos ó de sus toxinas.

4.ª Este tratamiento, y sólo me refiero al medicamentoso, será de dos clases, local y general: con el primero destruímos el microbio y neutralizamos sus toxinas en el mismo terreno donde actúan; con el segundo impedimos su desarrollo y procreación, cambiando la naturaleza del medio en que viven, haciéndole inepto para que puedan desenvolverse.

5.ª El tratamiento local cumple perfectamente sus fines, aplicándole bajo la forma de inyecciones subconjuntivales.

6.ª El tratamiento general antimicrobiano se obtiene inyectando sueros específicos en unos casos, polivalentes en otros.

7.ª El tratamiento local antiséptico, basta en ocasiones para combatir los procesos supurativos del ojo, especialmente de la córnea, pero su acción es más lenta y no tan completa como la que proporciona la sueroterapia.

8.ª La aplicación combinada de los sueros antipneumo y antiestreptocócico, abrevia la marcha del proceso.

9.ª No podré explicar cómo obran estos sueros, pero inclino mi opinión á creer que no actúan directamente sobre el germen, sino modificando las condiciones del terreno, inhabilitándole para la vida del microbio y favoreciendo las defensas naturales del organismo contra la acción de las toxinas». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 15 de Noviembre de 1905.

Neorrectostomía.—El Dr. *Terrier* dijo que había tenido ocasión de practicar ocho veces anastomosis enterorrectales por cáncer inextirpable del intestino grueso; su ayudante, el Dr. Gosset, ha hecho también tres operaciones de este género, lo que forma un total de 11 casos.

De estos 11 enfermos murieron 8; 1 de peritonitis séptica debida á la insuficiencia de la sutura. El segundo caso de muerte (Gosset) recayó en un hombre de cincuenta y siete años, que murió al tercer día de practicarse la ileosigmoidostomía por cáncer del recto; al practicar la autopsia, se vió que la neoplasia estaba adherida á todos los tejidos de la fosa ilíaca y al mismo hueso ilíaco, y que además, el riñón izquierdo había experimentado la transformación quística. Finalmente, el tercer enfermo que murió tenía generalización cancerosa en el peritoneo.

De los 8 enfermos que sobrevivieron, en 1 el Dr. Terrier consiguió, después de la ileosigmoidostomía preliminar, extirpar la neoplasia, localizada en el ciego y el colon ascendente.

Quedan 7 enfermos en los que siendo la ablación completamente imposible, se practicó sencillamente la anastomosis. Se hizo la cecocolostomía una vez, otra la ileocolostomía, otra la colosigmoidostomía muy baja. En todos los demás casos se practicó sistemáticamente la anastomosis del íleon y del asa sigmoidea; es el procedimiento preferible.

El Dr. Terrier se limita á practicar la anastomosis lateral *sin exclusión* propiamente dicha, lo que permite á los dos segmentos del intestino, supra y subyacente al tumor, poseer una vía de desagüe.

Cuanto á la técnica, emplea el mismo *modus faciendi* que para las anastomosis gastro-intestinales.

Desde el punto de vista de las indicaciones, lo que domina la cuestión es el sitio de la neoplasia, y siempre que queda por encima de la lesión un fragmento suficiente para practicar la anastomosis, el Dr. Terrier la practica de preferencia al ano artificial. Es preciso también tener en cuenta el momento en que se opera. En el período de oclusión, es preferible formar un ano y dejar para más tarde la anastomosis. Pero los accidentes de oclusión no contraindican en absoluto la anastomosis, puesto que curaron tres enfermos del Dr. Terrier operados en plena oclusión. Lo más importante, al parecer, para desechar ó no la anastomosis es el estado del peritoneo. Si hay ascitis, si se descubren *núcleos secundarios*, es preferible practicar el ano artificial.

La localización muy baja de la neoplasia hace la anastomosis imposible, porque la contraindica la invasión del peritoneo. En los restantes casos se procurará sustituir la anastomosis al ano artificial.

En los 8 enfermos que sobrevivieron, 1 vivió doce meses, á 3 se les perdió de vista, y los otros 4 vivieron respectivamente veintisiete, doce, nueve y ocho meses.

Cree el Dr. Terrier, como conclusión, que la anastomosis debe sustituir al ano artificial siempre que sea posible, y que la operación preferible es la ileosigmoidostomía por anastomosis lateral.

El Dr. *Guinard* se ocupó únicamente del cáncer extirpable de la porción suprarrectal del intestino grueso; es indudable, dijo, que si la neoplasia ocupa el resto del intestino grueso, no puede anastomosarse el íleon con el recto. Cree que en el cáncer inextirpable de la terminación de la S ilíaca ó del origen del recto, la conducta debe variar según la obstrucción sea aguda ó crónica.

1.° Cuando es preciso intervenir por una crisis aguda de oclusión, sólo

conviene practicar el ano artificial, procurando por la exploración directa precisar el sitio exacto de la oclusión y apreciar la posibilidad de una anastomosis enterorrectal, que se practicará después si el enfermo lo desea.

2.° En caso de oclusión crónica, si es imposible por el tacto rectal llegar al tumor, se hace una laparotomía media extensa con inversión, y si el recto no está adherido á la vejiga, se practica la anastomosis extensa del íleon por debajo del sitio estrechado.

El Dr. Guinard cree que con este esquema se limitarán bastante las indicaciones del ano artificial, porque la anastomosis ileorrectal, tan paliativa ó más que el ano ilíaco, sustituirá en muchos casos á esta deformidad tan molesta para los enfermos. Insistió sobre las contraindicaciones fundadas en el estado de obstrucción aguda—tres de sus enfermos de los seis operados por ileorrectostomía murieron porque se les operó en plena crisis de obstrucción aguda — y en la adherencia rectal á la vejiga, porque en este último caso es necesario disecar las adherencias é introducir después un asa intestinal entre dos superficies cruentas, que tardarán poco en estrecharse, dificultándose sus funciones.

Embarazo extrauterino. — El Dr. *Quénu* leyó un informe acerca de la observación siguiente, comunicada á la Sociedad por el Dr. H. Barnsby (de Tours):

Una mujer de veinticuatro años, que había padecido afecciones de los anejos, presentó síntomas de embarazo en diciembre de 1903. En febrero siguiente fué reconocida por varios médicos, que apreciaron un desarrollo ligero del útero, descubriendo al lado derecho de esta víscera un abultamiento localizado, al parecer, en los anejos. La afección fué diagnosticada de salpingitis.

A fines de abril la enferma notó con toda claridad movimientos activos; el tumor yuxta-uterino se había desarrollado bastante, fusionándose con el útero. En los meses siguientes, la enferma tuvo dolores abdominales cada vez más fuertes, abombamiento y fiebre; el estado general se alteró. Una mañana al despertarse se encontró aliviada de repente y vió salir por la vagina gran cantidad de pus fétido. La fiebre, los dolores y el abombamiento desaparecieron, pero volvieron á presentarse un mes después, en julio. El flujo purulento continuó desde entonces. El 18 de agosto hemorragia uterina; el 25 el Dr. Barnsby fué llamado. Por medio de la palpación se encontró el utero del tamaño de un útero grávido de tres meses, inmovilizado y rechazado á la izquierda. En el fondo de saco posterior existía un orificio por el que salía el pus.

El Dr. Barnsby diagnosticó embarazo extrauterino de ocho meses y medio próximamente, con piosalpingitis derecha, y operó á la enferma. Principió la operación con idea de extirpar todo el saco, pero en vista de las adherencias de éste á los intestinos, varió de táctica y se limitó á marsupializar la bolsa fetal, después de ponerla en comunicación extensa con la de la trompa. Desagüe del orificio fistuloso de la vagina.

El estado general siguió siendo malo durante los ocho primeros días. Como tratamiento se emplearon las inyecciones cotidianas de agua oxigenada. La placenta fué eliminada poco á poco, y á los veinte días la apiresia era completa. La enferma estaba curada el 23 de octubre.

La observación del Dr. Barnsby prueba, dijo el Dr. Quénu, los peligros que puede correr una enferma embarazada y con una bolsa purulenta salpingiana. Hubiera sido muy conveniente en este caso la intervención precoz, no sólo porque se habría descubierto y operado el embarazo tubario, sino aun en caso de error, aunque la gestación hubiese sido tubaria: dados los accidentes que se observaron y la persistencia de una bolsa purulenta yuxta-uterina, estaba, en efecto, indicado intervenir para extirpar dicha bolsa y dejar que la gestación siguiera su marcha normal. Así ha procedido el Dr. Quénu en dos casos de embarazo complicado con salpingitis unilateral y en los que la gestación siguió su curso á pesar de ser operadas las enfermas.

Cuanto al plan operatorio, el Dr. Barnsby siguió el que convenía: al encontrarse con adherencias que sangraban á la menor tentativa de desprendimiento, tomó el partido de abrir simplemente la bolsa infectada y hacer la marsupialización. Se atuvo así á las reglas que se han dado en esta Sociedad hace poco tiempo á propósito de los embarazos tubarios próximos á su término (Segond, Guinard, Potherat, Routier, etc.).

Un caso de coledoco-enterostomía.—El Dr. *Quénu* refirió la observación siguiente, en nombre del Dr. Brin (de Angers): La enferma, de cincuenta y ocho años, colelitiásica hacía varios, tenía una fístula biliar consecutiva á dos intervenciones sobre las vías biliares; por esta fístula se derramaba toda la bilis. El estado de la enferma hizo necesaria una nueva intervención.

El Dr. Brin, encargado de practicar esta operación, reconoció que la fístula estaba localizada en el colédoco y creyó que este conducto debía estar obstruído en su extremidad inferior. ¿Pero cuál era la causa de esta obstrucción? ¿Se trataba de un cálculo del colédoco ó de una pancreatitis? Parecía lógico intentar una duodenotomía, pero la segunda porción del duodeno estaba tan adherida á la pared abdominal, que sólo era abordable en un corto trayecto de su cara lateral izquierda; en vista de esta dificultad, el Dr. Brin puso en comunicación el colédoco permeable con el intestino. La operación se practicó no sin dificultad. A los cuatro días los excrementos salían teñidos de bilis, y á las tres semanas se dió de alta á la enferma, que estaba completamente curada.

A propósito de esta observación interesante, creyó conveniente el doctor Quénu volver á ocuparse del diagnóstico operatorio de las obstrucciones del colédoco—en particular de la duodenostomía exploradora—y de las indicaciones de la coledoco-enterostomía.

Cuando se observa una retención biliar de causa desconocida, y en particular cuando por los antecedentes hay motivos para admitir la existencia de una litiasis del colédoco, debe explorarse, según las reglas conocidas, la porción supraduodenal de dicho conducto. Si esta exploración no es posible á causa de la peritonitis difusa pericolecística, puede utilizarse, en primer término, la vesícula biliar para llegar al cístico y de éste al colédoco. El desprendimiento pancreáticoduodenal de Vautrin es también una maniobra útil, porque facilita la exploración del segmento inferior del colédoco. Si esta maniobra fracasa ó se juzga irrealizable por el estado de las partes, si la palpación á través del duodeno y de la cara anterior del pán-

creas no permite hacer el diagnóstico, es preciso abrir el duodeno, buscar la ampolla de Vater y practicar el cateterismo retrógrado del colédoco.

Esta duodenostomía exploradora, que se practicará siempre por incisión vertical en la cara anterior, permite obtener datos de gran valor. En primer lugar, puede apreciarse el estado de la ampolla de Vater, y es el único medio que permite diagnosticar de una manera precoz el cáncer de esta ampolla. En segundo lugar, y antes de hacer el cateterismo, puede reconocerse un cálculo ó una masa calculosa por la elevación dura que forma en la ampolla de Vater y hasta palpar á través de la pared interna del duodeno un cálculo de la porción terminal del colédoco. Si esta exploración por la vista y la palpación es ineficaz, queda el recurso del cateterismo de la ampolla y del conducto que desemboca en ella. Esta exploración fácil, se hará con un estilete metálico de punta redonda, que transmite á la mano mejor que una sonda de goma las impresiones de contacto. Con el estilete pueden descubrirse cálculos que han escapado á los demás medios de investigación por el sitio que ocupan ó por su movilidad excesiva; permite reconocer también una obliteración ó una estrechez del colédoco, bien por acodamiento, por cicatriz ó por neoplasia.

En resumen, la duodenostomía exploradora seguida de cateterismo retrógrado del colédoco es una operación que debe practicarse siempre antes de abrir una nueva vía de salida á la bilis en el estómago ó el intestino.

Es indudable que se reducirán bastante las indicaciones de la coledoco-enterostomía (de la que se han publicado hasta ahora 10 casos con 7 curaciones y 3 muertes), y que esta operación no sobrevivirá en el porvenir más que en las estrecheces de la terminación del colédoco consecutivas á una inflamación litiásica ó á una pancreatitis crónica.

Retracción cicatrizal de los dedos curada por autoplastia. — El Dr. *Berger* presentó un joven que había tenido retracción cicatrizal de los dos dedos últimos de la mano. Para remediar esta deformidad, extirpó el tejido cicatrizal, enderezó los dedos, cubrió las partes refrescadas con tiras de piel tomadas de la palma de la mano, tiras que torció alrededor de la base de implantación. La pérdida de substancia de la palma de la mano la cubrió con un colgajo tomado de la cara dorsal de la misma. El resultado definitivo no ha podido ser más satisfactorio.

(*La Presse médicale*). — F. Toledo.

XI CONGRESO ITALIANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Celebrado en Roma del 11 al 15 de Octubre de 1905.

(Conclusión)

Primera centuria de la «sección lateral del pubis». — El Dr. L. Gigli (Conclusiones): La operación tiene sus indicaciones en los límites pelvianos establecidos ya por la sinfiseotomía. Es fácil, rápida, igual en todos los casos, poco peligrosa para la madre y para el feto quizá menos peligrosa que el forceps aplicado en el estrecho superior y que la versión. Las complica-

ciones operatorias, hemorragia y desgarros, son rarísimas y nunca graves; los trastornos vesicales jamás son permanentes; la estática pelviana es perfecta.

La primiparidad no constituye una contraindicación. Las lesiones quirúrgicas son, según ha demostrado la experiencia, casi independientes de las condiciones en que pueda encontrarse la mujer en el parto y en el puerperio; en cambio, el puerperio no es influído lo más mínimo por las complicaciones quirúrgicas posibles, aunque no fáciles, de la lesión pelviana. La operación puede ser seguida de éxito en las mujeres extenuadas por un parto prolongado y en condiciones en las què son graves la operación cesárea y la sinfiseotomía.

El Dr. *Biraghi* preguntó cómo deben ser tratadas las lesiones vesicales que se producen.

El Dr. *Políti* preguntó si después de la sección del pubis debe aplicarse el forceps de igual manera que en la sinfiseotomía.

El Dr. *Piccoli* dijo que ha practicado varias sinfiseotomías, y que la operación carece de los inconvenientes que se supone.

El Dr. *Urso-Ortega* preguntó si después de seccionado el pubis, puede abandonarse el parto á la naturaleza.

El Dr. *Gigli* dijo que las lesiones de la vejiga deben ser suturadas lo antes posible; el forceps puede ser aplicado igual que después de la sinfiseotomía; el forceps puede abandonarse á los esfuerzos de la naturaleza después de seccionado el hueso.

El formiato de sosa en obstetricia. — El Dr. *Noto* refirió un caso de inercia uterina durante el parto. Como tratamiento empleó el formiato de sosa (1 gramo en 100 de agua); las contracciones volvieron á presentarse y el parto terminó felizmente.

El Dr. *Resinelli* preguntó si las contracciones fueron normales ó tetánicas.

El Dr. *D'Ancona* preguntó si se había experimentado este medicamento, una vez vacío el útero, para combatir la hemorragia post partum.

El Dr. *Noto* contestó que las contracciones fueron normales y que no había experimentado el formiato sódico en la hemorragia post partum.

Forceps pedálico (combinación del gancho y del forceps en un solo instrumento). —El Dr. R. Raineri (Conclusiones): 1.ª La aplicación del forceps después de tentativas de extracción con el dedo ó con el gancho, cuando el feto está encajado con fuerza y hace imposible ó peligrosa la deflexión curativa, está plenamente justificada.

2.ª La experiencia ha demostrado la utilidad de la combinación del forceps y del gancho, con la que resulta un instrumento que reune las ventajas de uno y otro.

3.ª El forceps ideado llena todas las exigencias por la seguridad de su acción y por su sencillez.

El Dr. *Gigli* dijo que la combinación del forceps y del gancho resulta muy ventajosa.

El Dr. *Cova* preguntó si al aplicar el instrumento del profesor Raineri no se producirán lesiones graves, porque no se aplica sobre la ingle, como debe ser, sino sobre otros puntos.

El Dr. *Resinelli* preguntó si funciona verdaderamente el forceps ó los ganchos; en este último caso, la acción del gancho debe ser nula y obrar sólo como un gancho doble.

El Dr. *Raineri* dijo que la aplicación del instrumento es comprobada rigurosamente, y que la parte que sobresale, debe aplicarse sobre la ingle; el instrumento obra como forceps y como gancho.

Sección lateralizada del pubis.—El Dr. *Resinelli* refirió un caso operado en la clínica de Parma. Se trataba de una mujer primípara de bastante edad; durante la extracción de la cabeza, se produjo un desgarro extenso de la vagina. El feto no pudo ser reanimado.

El Dr. *Gigli* indicó que las lesiones no habían complicado el proceso curativo.

Datos para el estudio de los quistes vaginales. — El Dr. *Cristalli* refirió dos casos de quiste de la vagina, uno del tamaño de un huevo de avestruz y otro del grosor de un huevo de paloma; el primero estaba localizado en la pared anterior y el otro en la posterior. Los dos quistes estaban revestidos en su interior de epitelio plano estratificado idéntico al que tapiza normalmente la vagina; de este epitelio malpighiano nacían en el primer caso depresiones más ó menos profundas, algunas llenas, otras vacías; en estas últimas el epitelio no era estratificado, sino más ó menos cúbico y cilíndrico, á veces con pestañas vibrátiles; el interior de estas formaciones especiales se hallaba lleno de una substancia homogénea y granulosa. Estas formaciones, que no pueden ser consideradas como glándulas verdaderas por el carácter específico morfológico de los elementos de revestimiento y por la función específica, se observan con frecuencia relativa.

Además, en la misma cavidad se veía en ciertas zonas la capa superior del epitelio plano estratificado en degeneración mucosa.

En la pared del segundo quiste existía una pequeña cavidad ovalada del tamaño de un garbanzo, que contenía una substancia que se comportaba como la mucina con los reactivos colorantes específicos; estaba revestida de epitelio simple más ó menos alto.

El autor deduce de sus observaciones que la vagina puede contener glándulas verdaderas, las que si se encuentran en la pared de un quiste revestido de epitelio, conservan los caracteres de las de la vagina, de las que dependen. Es preciso tener en cuenta este hecho cuando se quiere interpretar la génesis de los quistes de la vagina.

El Dr. *Ferroni* preguntó si en las formaciones descritas por el Dr. Cristalli se trataba de glándulas verdaderas y propias y no de simples invaginaciones epiteliales.

El Dr. *Cristalli* contestó que no encontró en sus casos epitelio plano estratificado y epitelio cilíndrico verdaderamente contemporáneos; las formaciones descritas son glándulas verdaderas y propias con todos sus atributos; el estudio de las preparaciones convencerá al Dr. Ferroni de la exactitud de esta afirmación.

Autolisis del útero puerperal.—El Dr. *Ferroni* dijo que en el útero puerperal hay una actividad autoproteolítica más intensa al principio del puerperio: el proceso involutivo del útero es debido á esta propiedad proteolítica, de la que es también la manifestación directa. El útero puerperal con-

tiene un fermento autoproteolítico (que tiene la propiedad de los fermentos ordinarios) que no determina la autodigestión.

El Dr. *D'Erchia* preguntó al Dr. Ferroni si además de las investigaciones bioquímicas había hecho otras histológicas, y recordó sus estudios respecto al aumento del número de Mastzellen y de sus gránulos, que pueden tener relación con la formación de las enzimas.

El Dr. *Ferroni* contestó que no había hecho investigaciones histológicas, pero reconoce la importancia de las observaciones del profesor D'Erchia.

Estudios anatómicos y clínicos sobre la operación de Alexander. — El doctor *Oliva* ha estudiado en 115 cadáveres de mujeres las condiciones de desarrollo del ligamento redondo en relación con la edad, el desarrollo del aparato genital, la constitución general, la pluriparidad, la esterilidad, etc.

En dos casos el ligamento redondo faltaba en el conducto inguinal de un lado, precisamente el izquierdo. Abierto el abdomen, se vió que el ligamento redondo faltaba en efecto, y en el punto de inserción existía un pequeño nódulo fibromiomatoso; en el otro lado el ligamento redondo estaba regularmente constituído en el punto correspondiente al tercio uterino, mientras que en la parte abdominal estaba constituído sólo por un simple pliegue del peritoneo, que terminaba desplegándose en el orificio uterino del conducto inguinal. Respecto á la técnica operatoria, puede afirmarse que el ligamento redondo se encuentra siempre (cuando existe) si se abre extensamente la pared anterior del conducto inguinal.

Estructura histológica de la mola vesiculosa.—El Dr. *Frassi* expuso los trabajos hechos en la clínica obstetricoginecológica de la Real Universidad de París, á cargo del profesor I. Clivio. Saca de estos estudios las conclusiones siguientes:

1.ª Todos los métodos comunes para la demostración del tejido conjuntivo de la substancia colágena son afirmativos respecto al tejido que ocupa el centro de la vesícula de la mola.

2.ª En la mayor parte de los casos la vesícula de la mola posee una membrana limitante de naturaleza conjuntiva constituída por la unión periférica de las fibrillas de tejido conjuntivo que no constituyen el estroma. La membrana es idéntica por su forma y estructura á la de las vellosidades de la placenta recién formada. Forma la línea divisoria entre el estroma y el epitelio.

3.ª Esta separación se aprecia también tiñendo las preparaciones con sales de plata, que limitan perfectamente los contornos de los elementos epiteliales.

4.ª El tejido conjuntivo de las vesículas se encuentra siempre en estado regresivo.

5.ª La degeneración mucosa no es siempre constante en el epitelio de la mola vesiculosa; puede observarse ésta lo mismo en las capas profundas del epitelio, que en las superficiales. No se observan formas de degeneración inicial intermedia y terminal que puedan recordar morfológicamente los elementos celulares que se observan en el estroma.

6.ª En el pedúnculo aferente y eferente de la vesícula de la mola existe un estroma conjuntivo que puede conservarse y presentar todas las fases regresivas. El tejido conjuntivo se altera por las mismas causas que deter-

minan las lesiones del estroma de las vesículas con el que está en relación directa.

7.ª En los filamentos procedentes de las proliferaciones epiteliales que parten de la superficie de la vesícula, se distribuyen por los espacios intervillosos, se reunen á veces con las otras vellosidades y no adquieren el aspecto macroscópico de los pedúnculos; no se observan elementos conjuntivos, pero sí células de Langhans.

8.ª Los pedúnculos aferentes y eferentes experimentan las modificaciones que determina la proliferación del epitelio y el desarrollo de la vesícula.

9.ª La vesícula molar encierra en sí el concepto de la derivación del epitelio. Representa la degeneración, no de una vellosidad, sino de un grupo de vellosidades implantadas en un pedúnculo.

10. Del concepto actual de la mola metastásica y del corio-epitelioma, no puede deducirse que la mola sea de naturaleza puramente epitelial. Contra esta opinión puede invocarse el hecho de no haberse demostrado la existencia de las vellosidades que forman el origen de las neoplasias epiteliales.

Histerectomía durante el embarazo por miofibromas múltiples. — El Dr. Micheli (Conclusiones): A causa de la gestación, puede ocurrir que los fibromas uterinos adquieran el aspecto y el valor clínico de las neoplasias malignas y justifiquen la intervención quirúrgica y hasta el sacrificio del útero grávido.

Saco estas conclusiones de un caso de fibroma que aumentó con rapidez de volumen, á causa de un embarazo apenas iniciado. El aspecto y el valor clínico de malignidad en el caso referido eran significativos, además del aumento rápido de volumen de la neoplasia, del estado de la enferma que padecía los tumores, los cuales amenazaron en poco tiempo la vida, sin contar la desnutrición, el dolor y la fiebre.

Me ví obligado á intervenir, practicando la histerectomía parcial á lo Kelly, con conservación de un ovario. Las preparaciones histológicas demostraron que no existía la suficiente malignidad y que se trataba sólo de un fibromioma.

El Dr. *Piccoli* aceptó las conclusiones del Dr. Micheli y citó dos casos de fibroma quístico complicados con un estado febril relacionado con trastornos intestinales concomitantes. La fiebre desapareció la tarde misma de la operación.

El Dr. *Micheli* cree que en su caso la fiebre debía estar en relación con algún trastorno peritoneal producido por la estrangulación parcial del útero grávido neoplásico en la excavación pelviana. El análisis histológico nada puso de manifiesto que revelara la supuesta malignidad.

Alteraciones de los vasos sanguíneos uterinos en relación con las hemorragias graves. — El Dr. *G. Giorgi* refirió dos casos de este género completamente distintos; en una de las enfermas sólo podía sospecharse la constitución artrítica; la otra había padecido infecciones múltiples (sifilítica, neumónica, diftérica y carbuncosa). Una y otra padecían metrorragias rebeldes, que obligaron á practicar la histerectomía.

Las observaciones histológicas practicadas en los úteros extirpados hacen creer que la hipertrofia y la hiperplasia del tejido elástico vascular y

perivascular y la angio-esclerosis consiguiente que determinan la metrorragia, pueden depender, no de una sola causa, como suponen algunos autores, sino de causas múltiples, fisiológicas, inflamatorias, neoplásicas, todas las cuales contribuyen á alterar la estructura normal del tejido uterino.

(*Archivio di Ostetricia e Ginecologia*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 25 de Octubre de 1905 (1).

Profilaxia personal contra la intoxicación saturnina. — El Dr. *Grawitz* recuerda los peligros de la intoxicación saturnina, en la que concurre la circunstancia agravante de que no se establece el hábito como con el arsénico, sino que, por el contrario, el hecho de haber sufrido un ataque de cólico, lejos de alejar el peligro de una recidiva ó de aparición de síntomas más graves, más bien aumenta dicho peligro. Ya en otra ocasión llamó el autor la atención acerca de ciertas alteraciones que se presentan en la sangre, en los casos de intoxicación saturnina crónica, bajo la forma de puntitos rojos en los hematíes, puntitos que considera como alteraciones degenerativas y que no ha podido encontrar en otras intoxicaciones.

En unos 70 obreros que trabajan en dos fábricas de Charlottenburg, exponiéndose al peligro de una intoxicación saturnina, ha emprendido el autor nuevos análisis de la sangre. Ahora bien, en un tanto por ciento muy grande de dichos obreros, ha encontrado alteraciones notables en la sangre. La gravedad de dichas alteraciones no se halló que estuviera en relación con el peligro á que exponía la clase de trabajo, ni con el tiempo que éste duraba, sino más bien con el grado individual de resistencia contra el daño ocasionado por el plomo.

En los casos de anemia, se encontró una acumulación de leucocitos mononucleares de forma mieloidea, ó sea una mayor proliferación de glóbulos blancos en la médula ósea y emigración de los mismos á la sangre; en una palabra, el cuadro exacto de la leucemia, pero sin nada de infarto esplénico, de infartos ganglionares ni de ninguno de los demás signos propios de una leucemia genuína. De todas suertes cabe pensar en que, caso de persistir por mucho tiempo semejante estado irritativo de la médula ósea, pueda alguna vez originarse una verdadera leucemia.

Termina el orador proponiendo que se analice de cuando en cuando la sangre de los obreros que están más expuestos al peligro; que abandonen su tarea los que presenten alteraciones más graves, ocupándolos, si acaso en servicios exteriores y que se les someta á un tratamiento adecuado á la gravedad del caso respectivo.

El Dr. *Bresger* insiste en el valor de los baños de luz, como medio de favorecer la eliminación del plomo.

El Dr. *Levy Dorn* llama la atención acerca de los peligros á que se expo-

(1) Primera del curso académico actual.

nen los médicos que tienen que manejar mucho el plomo para sacar fotografías con los rayos Rontgen.

El Dr. *Davidsohn* refiere que, en las capas más profundas de la mucosa bucal de enfermos que tenían la cenefa saturnina, encontró los mismos gránulos que ha hallado Grawitz en los hematíes. Dichos gránulos no dan ninguna de las reacciones del plomo.

Nuevas investigaciones sobre el carcinoma de los animales de sangre fría. — El Dr. *L. Pick* dice que en la literatura respectiva se encuentra alguno que otro dato relativo á la mayor mortalidad de cierta variedad de truchas en las que se ha observado un tumor procedente de la glándula tiroides. Se trata de un carcinoma, y el primero que lo ha demostrado es la Dra. Plehn. Ahora bien, el autor se propuso investigar experimentalmente si se podría conseguir en un criadero que estos tumores adquirieran mayor extensión. Habiendo logrado que pusieran á disposición del autor un criadero de truchas de Ultramar, practicó experimentos en la especie americana de truchas de arroyo, experimentos que han dado un resultado positivo.

Los tumores presentan la misma estructura que los cánceres de la especie humana; se encuentran el tipo del adenocarcinoma y el del escirro. En ellos se ven quistes llenos de substancias coloides y revestidos de epitelio, exactamente lo mismo que en el bocio hiperplástico coloide de la especie humana. El crecimiento de tales tumores presenta un carácter destructor muy marcado; invaden los arcos branquiales, salen al exterior, y por último, acaban con la vida del pez. Hasta ahora no se ha conseguido encontrar metastasis; esto, no obstante, es indudable el carácter maligno de los tumores.

En vista de la acumulación de estos casos cabe pensar que pudieran ser de origen infeccioso. Pero en primer lugar, no se ha encontrado ninguna clase de parásitos en tales tumores, y por otra parte, es sabido que los esporozoos ocasionan en los peces fenómenos patológicos muy diferentes.

Es por lo menos tan racional la hipótesis de que se trata de una acumulación de casos de bocio hiperplástico, de los cuales una fracción no pequeña experimenta la degeneración maligna á la manera de lo que ocurre en la especie humana, pues es bien sabido que el bocio canceroso se observa precisamente con más frecuencia en las comarcas en que es endémico el bocio común. Estas epidemias de bocio se han atribuído al agua, y lo cierto es, que en algunas zonas se ha logrado la desaparición de tales endemias, tan pronto como se mejoraron las condiciones del agua potable. (El autor presenta varias preparaciones).

El Dr. *Fheller* refiere que en los lagartos ha encontrado muchas veces tumores cutáneos que recuerdan los condilomas acuminados. Estos tumores están muy difundidos.

El Dr. *de Hansemann* dice que en las preparaciones presentadas por Pick, son realmente de cáncer y lo único que critica es la afirmación de que se debe considerar como endémica la aparición de dichos tumores en criaderos cerrados. — (*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

LXXVII CONGRESO DE NATURALISTAS Y MÉDICOS ALEMANES

Celebrado en Meran los días 24 al 30 de Septiembre de 1905.

Historia y modo de propagarse la pelagra.—El Dr. *Neusser* (de Viena) hace observar la marcha progresiva de Sur á Norte que va siguiendo la pelagra en la población agrícola. Ataca á todas las razas; sin embargo, es poco común en la judía. Se observa en todas las edades, pero es rara en los niños de pecho, y afecta á ambos sexos. En el niño suele ser más leve; no es hereditaria, pero en los descendientes de pelagrosos es frecuente encontrar signos de degeneración. Como prueba de la no contagiosidad de la pelagra, se puede citar el hecho de que los habitantes de la ciudad quedan libres del padecimiento, aunque éste afecte á la población del campo. Se inicia en primavera para retrogradar en invierno y revivir á la primavera siguiente, continuando de esta suerte durante muchos años; sin embargo, hay también casos agudos de pelagra. Importa muchísimo reconocer los primeros casos de esta enfermedad. Es probable que la sueroterapia dé resultados en esta afección, cuyo estudio convendría organizar sobre una base internacional. El Gobierno austriaco habrá de contribuir á la fundación de semejante instituto.

El Dr. Stubli (de Viena): La pelagra se encuentra únicamente en comarcas en que está muy generalizado el consumo de maíz. Hasta ahora no ha sido posible encontrar ningún bacilo en la sangre de los pelagrosos; lo más probable es que la pelagra sea debida á la presencia de determinados hongos de levadura. Todos los indicios son de que la pelagra es una intoxicación en la que el veneno proviene del exterior, con la alimentación vegetal. Este veneno son los hongos de levadura, y su portador los granos de maíz. Mas para que se produzca la pelagra, no basta con la introducción de seres vivos y tóxicos; es menester que éstos encuentren, en un organismo mal nutrido, terreno favorable para su desarrollo. Ahora bien, la población que se sustenta con maíz, está alimentada de un modo deficiente.

El Dr. *Haberler* (de Insbruck) da cuenta de las medidas que el Estado y los Municipios han adoptado y piensan poner en práctica para combatir la pelagra: mejorar las condiciones económicosociales de las comarcas pelagrosas, su higiene local y su alimentación; introducción de comedores para niños, fundación de sociedades de consumo y de panaderías, creación de nuevas maneras de encontrar trabajo é introducción de nuevas industrias.

Nefritis crónica.—El Dr. *Ponfick* opina que hay que abandonar la división de las enfermedades renales que se funda en fenómenos anormales apreciables exteriormente y en diferencias de color; los principios que deben adoptarse para tal división deben ser el etiológico y el anatómico. Lo más importante de todo son las afecciones hematógenas del tejido renal. Constituyen un grupo bien definido las afecciones renales que reconocen por causa la destrucción de los glóbulos rojos debida á agentes físicos ó químicos, por venenos ó por auto-intoxicaciones. Otro factor etiológico lo suministran las afecciones de las arterias.

En lo que se refiere á las lesiones histológicas determinadas por causas

patógenas, el autor conserva la base adoptada por Frerichs, ó sea la que distingue la tumefacción inflamatoria, la alteración degenerativa y la retracción atrófica ó esclerosis del tejido. El interés principal radica en la consideración del proceso inflamatorio llamado «parenquimatoso».

El autor estudia la cuestión de los cilindros en las afecciones renales, sin llegar á una conclusión terminante acerca de la procedencia de los elementos cilíndricos. Trata después de cómo quedan los conductillos y glomérulos que han quedado libres de tales cilindros albuminosos. Los glomérulos pierden bastante pronto su aptitud funcional; á pesar de ello, el examen macroscópico del riñón no descubre en él grandes alteraciones. Es frecuente que á los graves síntomas generales no correspondan las lesiones anatomohistológicas que se esperaba encontrar. El autor no puede señalar á la hemorragia un puesto determinado y significativo en el desarrollo de la enfermedad. A igual degeneración sucumben los conductillos uriníferos hasta que sufren la esclerosis atrófica. Con la esclerosis del tejido que se ha hecho duradera, coincide la aparición de formaciones quísticas por encima de los conductillos uriníferos.

El Dr. *Müller* (de Munich) se fija en los fenómenos clínicos, tales como la excreción de albúmina, de cuya cuantía no se puede inferir la gravedad del caso, y en la secreción de orina, tanto por su cantidad, como por su calidad. La insuficiencia renal es una consecuencia de la lesión patológica de los glomérulos y de los conductillos; se manifiesta por la repercusión general que ejerce sobre todo el organismo. Está dificultada la eliminación del nitrógeno, y en cambio, continúa sin dificultad alguna la del cloruro sódico, pero siempre con retención de agua. Así se explican los edemas que en buena fisiología no son otra cosa que disoluciones de sal común. El aumento de los edemas va acompañado de otro aumento en la proporción de agua en la sangre. No en todas las afecciones renales se presentan el edema y la uremia. La aparición de ésta hay que atribuirla exclusivamente á las substancias nitrogenadas retenidas en la sangre, no á la retención de la sal común. Preséntese ó no la uremia, la retención de principios de la orina en la sangre siempre llega á acarrear la muerte, sin que sea necesario invocar la intervención de nefrolisinas especiales.

El autor estudia después las acciones reguladoras que se obtienen mediante el aumento de la presión sanguínea y la vigorización del músculo cardíaco y la compensación que se alcanza de este modo, restableciéndose el equilibrio de la perturbada función renal. Los datos suministrados por la patología han destruído la teoría que había sentado Ludwig para explicar la secreción renal. El autor distingue afecciones «ascendentes» del tejido renal producidas por venenos, afecciones que, si no sobreviene la muerte, pueden terminar por un restablecimiento completo del tejido. Las afecciones renales consecutivas á enfermedades infecciosas, tales como la escarlatina, la tifoidea, la pulmonía y el cólera, terminan por la muerte ó por la curación completa, recobrando el tejido renal sus condiciones normales El diagnóstico cierto es difícil. Si no continúan actuando las primitivas causas nocivas, retrogradan los fenómenos alarmantes, á la vez que se restablece el tejido normal, pero queda un defecto funcional.

El Dr. *Püsseler* (de Leipzig) refiere que experimentando en animales, ha

comprobado la elevación de la presión sanguínea y el aumento de volumen del ventrículo izquierdo. Con la caquexia desciende el aumento de la presión sanguínea.

Según esto, con la extirpación de substancia renal aumentan la presión sanguínea y la incapacidad del resto de dicho tejido para expulsar del organismo los resíduos que quedan del cambio nutritivo, y por lo tanto, se pueden provocar artificialmente todos los síntomas que presenta el cuadro clásico de la esclerosis renal, pero no el síndrome clásico de la eclampsia urémica.

La individualidad y las psicosis.—El Dr. *Neisser* (de Bunzlan) trata de las evoluciones que ha experimentado la psiquiatría en los últimos decenios, de la estrecha relación que existe entre esta especialidad y la neuropatología, de la anatomía patológica del cerebro y de las bases en que se funda la doctrina de las localizaciones corticocerebrales. Rechaza el autor la idea de que la psiquiatría haya de adoptar como guía de sus trabajos el estudio de los procesos psicológicos normales. Lo individual no puede pasar al cuadro morboso. No hay que dejarse extrañar por el hecho de que personas que antes conocían al loco, encuentran en él rasgos y particularidades que en su concepto ya existían en la época de salud mental. Hay que dejar al clínico psiquiatra que examine y compruebe los hechos con un criterio histórico natural riguroso. La simple aplicación de los hechos observados en la psicología normal á la patología, no sólo no está justificada, sino que no habría de servir para otra cosa que para estorbar y dificultar la apreciación exacta de la realidad de las cosas.

El hemisferio izquierdo y el lenguaje mímico. — El Dr. *Lipmann* dice que el hemisferio izquierdo es el que rige las acciones simbólicas, de suerte que se presenta la asimbolia siempre que se han producido destrucciones en dicho hemisferio. Llama mucho la atención la torpeza que presentan tales enfermos para combinar los movimientos de un modo adecuado; también están perturbados los movimientos de expresión, no obstante hallarse conservada la comprensión de las palabras. Anatómicamente no se trata de la destrucción del centro motor de la mano, sino más bien de destrucciones en las circunvoluciones frontales anteriores primera y segunda, zona en la que hay que admitir la existencia de un centro de transformación de las ideas en los movimientos adecuados para su expresión por medio de ademanes. En la actualidad ya se puede decir que la mitad derecha del cerebro no es inferior á la izquierda, si se prescinde de la función del lenguaje; en cambio, en los animales ambas mitades del cerebro son equivalentes. No se puede desdeñar de buenas á primeras la cuestión de si no convendría acaso, en interés del desarrollo ulterior de nuestra especie, fomentar la educación igual de ambas extremidades superiores; hasta ahora no ha sido posible determinar hasta qué punto hay que atribuir las diferencias funcionales de ambos hemisferios á particularidades morfológicas de los mismos.

Oclusión intestinal: operación precoz.—El Dr. *Hofmeister* (de Stuttgart) da cuenta de los resultados obtenidos con la operación precoz en casos de oclusión completa del intestino. En su opinión, en todo caso de íleo, el médico está en el deber de llamar desde el primer momento al cirujano. Al

practicar la enterostomía, introduce en el intestino incindido, en vez de un tubo de goma, una cánula de metal, que hace pasar, no por la herida de la laparotomía, sino por medio de una aguja que atraviesa el músculo recto de dentro á afuera. Cuando más tarde se extrae la cánula, se cierra la pared invaginada del intestino á manera de una válvula. El método sólo está indicado cuando se trata del intestino delgado y no hay que temer que sobrevenga estreñimiento.

El Dr. *Payr* (de Graz) establece diferencia entre las enterostomías y las operaciones de urgencia, en las que basta con una intervención lo más sencilla posible. En el primer caso, se secciona el intestino, se conduce el cabo central hacia afuera, se aplica á dicho cabo el periférico y se cierra en fondo de saco después de establecer anastomosis por medio del botón de Murphy; conseguido el objeto, se constriñe el muñón intestinal. Ligadura, invaginación y sutura por encima. Abertura del calibre de las dos mitades del botón de Murphy por medio del termo.

El Dr. *Haberer* (de Viena) refirió un caso de estrechez gástrica é intestinal: tumor tuberculoso en la segunda asa superior del duodeno, infartos ganglionares en el mesenterio correspondiente, estrechez tumoral en el píloro: gastro-enterostomía antecólica, entero-anastomosis.

El Dr. *Payr* dice que en los casos de estrechez pilórica tuberculosa, es muy frecuente encontrar úlceras en la porción alta del intestino delgado, producidas sin duda por inoculación.

El Dr. *Haim* (de Viena) manifiesta que las investigaciones bacteriológicas han demostrado que el cuadro anatómico y clínico de la epitiflitis varía según la naturaleza del agente infeccioso, y opina que en las recopilaciones estadísticas siempre se debe prestar atención á los datos bacteriológicos.

El Dr. *Wilms* (de Leipzig) llama la atención acerca del factor mecánico después de la operación y del íleo. Se procede á la enterostomía para evacuar la porción superior del intestino y para excluir el factor mecánico.

El Dr. *Hofmeister* expresa la misma opinión.

Estrechez esofágica. — El Dr. *Hacker* (de Graz) refiere que en un caso de estrechez esofágica de origen cáustico, estableció una fístula gástrica para alimentar y sondar al enfermo. Este lleva casi cinco años alimentándose de este modo y ha recobrado su antiguo peso.

El Dr. *Wilms* habla de un muchacho que hace cerca de ocho años que viene alimentándose por una fístula gástrica.

Ulcera callosa del estómago. — El Dr. *Brenner* (de Linz) deduce de los casos que ha operado de úlcera callosa del estómago que, como operación de elección, deben figurar, en primer término, la gastro-enterostomía, y sólo en segundo la resección.

El Dr. *Schloffer* se declara partidario de la gastro-enterostomía.

El Dr. *Steinthal* prefiere la resección en los casos de úlcera pequeña y fácilmente extirpable.

El Dr. *Payr* refiere las pérdidas sufridas con la resección y la excisión.

El Dr. *Eiselsberg* se muestra partidario de la gastro-enterostomía retrocólica.

El Dr. *Hofmeister* prefiere la resección siempre que no parezca peligrosa.

Operación de la hernia inguinal.—El Dr. *Brenner* dice haber empleado siempre el método de Bassini, modificado por él, con un 92 por 100 de curaciones definitivas.

El Dr. *Preindlsberger* también se muestra satisfecho de dicho procedimiento.

El Dr. *Eiselsberg* dice que después de la operación de Bassini, emplea el cremáster como medio de seguridad.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

(Continuará).

PERIÓDICOS

La cura húmeda en cirugía.—El Dr. J. Zaousaïlov emplea en vez de la cura seca las disoluciones acuosas de quinosol al 0'1 por 100 ó de ictiol al 1 ó 2 por 100, que no son tóxicas ni irritantes, y que á pesar de esto, impiden la fermentación. Coloca sobre la herida 10 á 15 dobleces (según la abundancia de la secreción) de tarlatana aséptica mojada en uno de dichos líquidos, los cubre con papel parafinado provisto de una abertura de 2 milímetros de diámetro, distante centímetro y medio una de otra, papel que sobresale algo de la tarlatana y que se pega por sus bordes á la piel para inmovilizar la cura. Encima aplica una capa de algodón aséptico, sujetando todo con una venda de tarlatana. La cura se renueva diariamente, cada tres ó cinco días, según los casos. Según el autor, estas curas húmedas absorben la secreción mejor que las secas, suprimen las complicaciones, flemón, erisipela, etc., disminuyen con rapidez la supuración, favorecen la reunión inmediata y permiten obtener la curación, después de la sutura, aun de las heridas supuradas é impuras.

(*Revue de Thér. Medico-Chirurgicale*, núm. 22, 1905). — F. TOLEDO.

Tratamiento de la coqueluche. — El Dr. Kranz recomienda en la coqueluche la preparación siguiente:

Naftalina	180 gramos.
Alcanfor en polvo	20 —
Esencia de eucaliptus	aa 3 —
Brea	

Se vierte una cucharada de esta mezcla en agua hirviendo; el niño aspira los vapores durante treinta á cuarenta y cinco minutos todos los días en una habitación bien cerrada.

El Dr. Kranz ha tratado así numerosos casos de coqueluche con bastante éxito. Es inútil combinar el tratamiento con medicamentos internos.

(*Deutsche Med. Zeitung*, 4 septiembre 1905). — R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LOS CONSULTORIOS DE NIÑOS DE PECHO

(GOTAS DE LECHE)

SU ORIGEN É IMPORTANCIA — NECESIDAD DE SU PROPAGACIÓN EN ESPAÑA

Conferencias dadas en el Ateneo de Madrid los días 16, 23 y 30 de Abril de 1905

POR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

Fundador del Primer Consultorio de niños de pecho, en Madrid.

(Conclusión).

Voy ahora á la ligera á daros cuenta de los Consultorios que ya hay establecidos en Provincias.

BARCELONA

En Barcelona, á principios de 1902, establecieron una *Gota de leche* los Dres. Cardenal (D. Felipe), Soler Fajarnés y Girona (D. Ignacio), pero ésta tiene más bien carácter especulativo.

En época posterior, 14 de agosto de 1903, se inauguró otra en el *Dispensario de la Beneficencia municipal*, establecido en la calle de Sepúlveda, la cual es dirigida por el distinguido Vicedecano del Cuerpo médico municipal Dr. Macaya, á quien secundan los doctores Sirvent y Cosp, este último encargado de los trabajos de laboratorio.

Más tarde, en abril de 1904, se ha trasladado, gracias á la manuficencia del Municipio, siendo Alcalde el Sr. Marcial, á un magnífico local construído *ad hoc* en la calle de Valldoncella.

BILBAO

En Bilbao, sabedora la Excma. Diputación del resultado obtenido en Francia con las *Gotas de leche*, hizo venir de París, en junio de

1903, una estufa esterilizadora de Hignette y todo el material necesario para implantar en la *Inclusa* el empleo de la leche *esterilizada* en la lactancia mixta, bajo la dirección del distinguido Dr. D. Carmelo Gil, médico encargado de aquel Asilo.

En fecha posterior, el Ayuntamiento estableció por su cuenta una *Gota de leche*; pero hay que reconocer que se halla instalada y funciona en medianas condiciones, siendo esto tanto más de lamentar por cuanto pocas capitales de España se hallan en mejores condiciones para hacerlo bien como Bilbao, donde hay muchas gentes que poseen fortunas fabulosas y donde los Ayuntamientos han derrochado millonadas en otros gastos no tan útiles á la humanidad como lo es la *Gota de leche.*

Sin embargo, según mis noticias, parece que hay el propósito de establecerla bien, cosa que celebraría mucho sucediese.

SAN SEBASTIÁN

El 28 de septiembre de 1903, se inauguró otra *Gota de leche* en San Sebastián, sostenida por el Municipio con ayuda de la Diputación Provincial. Está instalada muy bien en el Mercado de San Martín, y la leche que se expende procede de la magnífica quinta de Fraisoro que posee la Excma. Diputación.

TORTOSA

En 15 de marzo de 1904, el Dr. Manuel Vilá, siguiendo mis consejos, estableció en Tortosa (provincia de Tarragona) un *Consultorio de niños de pecho* sin *Gota de leche.* Este entusiasta y aventajado compañero hizo de su peculio particular una reimpresión de mi *Cartilla higiénica para las madres,* la cual reparte gratuíta y profusamente entre las de aquella comarca, á las que, además, alecciona, pesando á sus hijos en el Consultorio, que está perfecctamente instalado, con su correspondiente laboratorio para análisis y reconocimiento de leche.

El servicio que el Dr. Vilá presta, es bien grande y merece entusiastas aplausos. Luego veréis una prueba demostrativa de ello, al daros cuenta de los resultados obtenidos en la *Inclusa* de aquella ciudad.

VALENCIA

En mayo de 1904, otro ilustrado médico, D. Joaquín Aguilar, estableció un *Consultorio de niños de pecho,* donde recibe á las madres,

las educa y pesa á los niños. Siento mucho no informaros con más detalles, pero aun cuando los he pedido, no han llegado todavía á mi poder.

LOGROÑO

En 10 de abril de este año se ha inaugurado también otro *Consultorio* en Logroño, gracias á la iniciativa y tenaz perseverancia del concejal D. Aniceto Llorente, quien presentó el proyecto á aquel Ayuntamiento, uno de los que más atención prestan á las cuestiones de higiene, por lo que cuantos elogios se le prodiguen serán siempre poco. Según mis noticias, la *Gota de leche* de esta hermosa ciudad tiene más bien carácter científico que industrial, como conviene y debe ser.

Instalada en edificio de nueva planta, consta de dos partes: la primera, instalación y dependencias para la esterilización y maternización de la leche, estando al frente de ella el inteligente farmacéutico D. Angel Martínez Iñiguez; la segunda, el *Consultorio*, á cargo del ilustrado médico D. Gerardo Jiménez, quien examina á los niños y aconseja á las madres, repartiéndoles *Cartillas higiénicas*, etc.

Como Inspector delegado del Municipio está el distinguido y celoso concejal D. Aniceto Llorente.

Los gastos todos de la *Gota de leche* han sido sufragados por el Ayuntamiento, el cual da *gratuitamente* leche á 25 niños pobres, expendiéndola además al público á 0'45 el litro de leche *esterilizada* y á 0'65 la *maternizada*.

De lo expuesto resulta que la *Gota de leche* la han establecido los logroñeses perfectamente, mereciendo todo género de plácemes, y de desear es que sea coronada de éxito su buena obra.

***

Hasta hoy, estos son los Consultorios que ya funcionan en España; pero he de deciros con satisfacción, que están en vías de estudio y próximos á inaugurarse en otras capitales, por ejemplo, en *Zaragoza*, cuyo Ayuntamiento, que puede servir como el de Logroño de modelo de Municipios, ha votado la suma de 50.000 pesetas para obras de Beneficencia, con las que creará, no sólo el *Consultorio de niños de pecho*, sino Asilos-Cuna, Tiendas-Asilos, Colonias escolares, Asilos de noche, etc., habiendo reformado el Reglamento de la Beneficencia municipal sobre bases que merecen todo género de

aplausos, así como los concejales Sres. Cerrada y Fraguas, á cuya iniciativa se debe tan importante reforma.

Vitoria lleva muy adelantados los trabajos para la instalación de la *Gota de leche*. En *Burgos* y en *Sevilla* hay también propósitos de establecerla.

Aquí tengo, y no os las leo porque no hay ya tiempo y sería además molesto para vosotros, una porción de cartas en las que se me hacen consultas y piden datos.

Ultimamente, ayer mismo, he sabido con gusto que también en Segovia hay deseos de crear su *Gota de leche*. En dicha capital existe una hermosa institución caritativa, el *Niño descalzo*, fundada por los Sres. Rodao y Martín Chico, que se consagra á socorrer á los niños pobres, dándoles enseñanza, ropas, alimentos, juguetes, etcétera. Está regida por una Junta, compuesta de cinco distinguidas señoritas. Dicha Junta, que se renueva cada año, ha comisionado al ilustrado médico D. Segundo Gila para que estudie cuanto se relaciona con los *Consultorios de niños de pecho*, á fin de, como he dicho, establecer allí uno.

Con esto termino, señores, todo lo referente á la historia de los Consultorios creados, ó en proyecto, en España.

***

Váis á permitir ahora que os dé cuenta del resultado que hemos obtenido aquí en Madrid.

Ya os dije noches pasadas lo conseguido en Francia, donde se ha logrado con las *Gotas de leche* disminuir de modo extraordinario la mortalidad de niños, combatiendo principalmente la *diarrea* y demostrando de una manera clara, evidentísima, que ésta tan mortífera enfermedad es *evitable*, y por lo tanto, que en manos de las madres y de los médicos está el poder aminorar la enorme mortalidad infantil.

En el *Congreso de Deontología* celebrado en Madrid en 1903, cuando se entabló discusión sobre mi Memoria *Mortalidad de la primera infancia*, recuerdo perfectamente que dije las siguientes palabras: «La disminución de la mortalidad de niños de pecho en Madrid, coincidirá con la creación de los Consultorios de niños y la divulgación de los preceptos higiénicos por medio de Cartillas y Conferencias. No olvidéis esta especie de profecía que os hago, señores, porque no pasará mucho tiempo sin que la veáis confirmada».

Pues bien, señoras y señores, váis á ver ahora cómo aquella profecía se ha cumplido al pié de la letra.

Durante 1903 y 1904 he repartido en Madrid *gratuitamente*, costeadas de mi bolsillo particular unas 38.000 *Cartillas higiénicas para las madres*, 12.000 que costeó la Dirección de Sanidad, siendo Director el ilustre Dr. Cortezo, y 10.000 pagadas por el Excmo. Ayuntamiento: total, unas 60.000 *Cartillas*.

Debo hacer aquí, como en todas partes lo hago, una honrada confesión, y es la de que mi *Cartilla* no contiene nada original que me pertenezca; lo que en ella digo, se halla consignado en multitud de libros y folletos de ilustres médicos; no me corresponde, pues, ningún mérito. Si acaso me corresponde alguno, es el de haber sabido condensar en *pocas líneas* lo más preciso, lo más indispensable de cuanto con tanta extensión se ha escrito acerca de higiene infantil, y así en forma breve, clara y sencilla, exponer la higiene infantil en condiciones de ser aprendida por las madres. Pocas son, en verdad aquellas que, al recibir la *Cartilla*, no se ponen inmediatamente á leerla.

Ahora váis á ver los *datos oficiales* de mortalidad en Madrid que me ha suministrado el laborioso é inteligente personal de Estadística del Ayuntamiento, á cuyo frente se halla el ilustrado y distinguido Sr. D. Ezequiel Jaquete:

Resumen de la mortinatalidad de Madrid.

AÑOS 1896 Á 1904

Años.	Natalidad.	Mortalidad general.	Niños menores de 1 año.
1896	15.949	18.102	4.086
1897	15.413	14.564	3.134
1898	15.629	15.277	3.484
1899	15.473	15.863	4.483
1900	15.479	17.406	3.278
1901	15.908	17.284	3.730
1902	15.832	14.411	3.094
1903	16.216	15.900	3 277
1904	15.887	15.243	2.935

Véis que desde 1896 á 1903 la mortalidad de niños de pecho fué siempre mayor de 3.000 y el único año en que aparece el millar 2 es precisamente en 1904, año en el que se fundó el *Primer Consultorio de niños de pecho* y se repartieron en Madrid unas 60.000 *Cartillas higiénicas para las madres*, y si os fijáis bien, veréis que en 1897 y 1902 la mortalidad *general* de Madrid fué bastante menor (14.564 y 14.411) que en 1904, y sin embargo, la de *niños de pecho* resulta *mayor* (3.134 y 3.094) que el año pasado (2.935), siendo así que lógicamente parece que debía de ser mucho menor.

El promedio de la mortalidad infantil de 0 á 1 año, fué desde 1896 á 1903 de 3.580 y el de 1904 de 2.935, disminución no despreciable si se tiene en cuenta que es el primer año de verdadera propaganda en favor de la infancia, en lo que no poca gloria corresponde al Ayuntamiento de Madrid. Sí, señores, hay que reconocerlo así y decirlo francamente: gran parte de este resultado se debe á nuestro Municipio, porque de las peticiones que yo en mi modesto *Informe acerca de la mortalidad infantil* le hice, ha llevado á cabo lo siguiente:

1.° Dispuso la impresión de *diez mil* ejemplares de mi *Cartilla higiénica para las madres*, que ha repartido *gratuitamente*.

2.° Tan pronto como tuvo conocimiento de la creación del *Primer Consultorio de niños de pecho*, votó la respetable cantidad de *diez mil* pesetas para subvencionarlo, cantidad que *espontáneamente*, pues yo no volví á solicitarlo, ha consignado de nuevo en los Presupuestos de este año.

3.° Decretó, siendo Alcalde el ilustre marqués de Lema, la prohibición *absoluta* de venta de leche en los puestos callejeros desde 1.° de julio de 1904.

Comprenderéis por esto, que sólo cumplo con un deber pidiéndoos ahora que os asociéis á mí para tributar un aplauso al Ayuntamiento de Madrid (ya que tanto se le suele censurar) por el interés que toma en las cuestiones de higiene de la infancia, y he de confesaros que sin su ayuda, sin la subvención otorgada por él al *Primer Consultorio de niños de pecho*, me hubiera visto obligado este año á cerrarlo, porque, triste es decirlo, ni la alta Sociedad ni el pueblo de Madrid ha respondido en la medida que fuera de desear á nuestro llamamiento, y la suscripción obtenida hasta ahora, no llega á cubrir ni la mitad de los gastos y eso que procuramos sean éstos lo más reducidos posible.

Quizás no falte quien crea que el resultado conseguido el pasado año, y que antes os expuse, sea debido á la casualidad. Bien pudie-

ra ser; pero es una casualidad, señores, que se presenta en todos aquellos puntos en que se han establecido Consultorios y donde se implantan serias medidas higiénicas para combatir la mortalidad de la primera infancia.

Y lo váis á ver demostrado ahora de una manera elocuente:

El modesto é ilustrado médico de Tortosa, de quien antes hice mención, D. Manuel Vilá, entusiasmado con los escritos que publiqué en mi periódico REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS acerca de los *Consultorios de niños de pecho*, me escribió pidiendo permiso para reimprimir mi *Cartilla higiénica para las madres*, á fin de repartirla *gratuitamente* entre sus paisanos y al propio tiempo me indicaba sus deseos de establecer un Consultorio, pero manifestando las dificultades que se le presentaban para poder suministrar leche á las madres pobres.

Le contesté inmediatamente autorizándole á reimprimir la *Cartilla* y animándole á la fundación del Consultorio aun cuando no fuese más que para pesar los niños y dar consejos á las madres, y así lo hizo en 15 de marzo del pasado año.

Pero aún hizo más este dignísimo compañero: Siendo su señor padre Médico-jefe facultativo de la Casa de Expósitos (Inclusa) de aquella capital desde hace más de veinte años, le rogó modificase la antigua práctica que allí se seguía respecto á la lactancia y se estableciese el régimen aconsejado en mi *Cartilla higiénica*, y así se hizo. Los resultados han sido como váis á ver, sorprendentes.

Sabido es, señores, que la mortalidad infantil en las Inclusas es por desgracia tan extraordinaria, que resulta á veces una verdadera hecatombe.

Precisamente acaba de publicarse una obra escrita por uno de los médicos especialista en enfermedades de niños más reputado que tiene Madrid, mi antiguo condiscípulo y querido amigo D. Baldomero González Alvarez. De este notable libro voy á leeros algunos datos en comprobación de lo que os digo.

La mortalidad de algunas Inclusas en países extranjeros pasa de 70 y 80 por 100.

Por falta ya de tiempo, no puedo detenerme en detalles, y voy á limitarme á la Inclusa de Madrid.

Muertos de 0 á 1 año (1881 á 1886) en la casa y los criados en pueblos	77'84 por 100
1894 á 1899	42'35 —
1902	38'04 —

Pero donde resulta aterradora la cifra de mortalidad y constituye una verdadera hecatombe, es en el *departamento del biberón.*

Ved un cuadro resumen que aparece en la obra del Dr. González Alvarez, quien, me olvidaba deciros, es el Jefe facultativo de la Inclusa.

AÑOS	Ingresados enfermos.	Muertos.	Tanto por 100 de mortalidad.
1895	851	708	83'19
1896	438	425	97'03
1897	283	215	75'09
1898	547	498	91'04
1899	714	607	85'01
1900	447	351	78'52
1901	683	544	79'64
Total 7 años	3.963	3.348	84'48

Es decir, que hubo año en el que, de cada 100 niños que ingresaron en el departamento, murieron 97...!!!

Lo explica el autor diciendo: « Es de advertir que en este departamento casi todos los enfermos eran recién nacidos; que á él van los más débiles, los que nacen antes de término con vicios de desarrollo, con herencias patológicas, sifilíticos, tuberculosos, etc., porque habiendo siempre insuficiente número de nodrizas (porque no van, no porque la Diputación no las admita, sin más limitación que la necesidad), allá van los que menos probabilidades de vida tienen, siendo éstos los que más necesitaban, para salvarse de la muerte, el pecho de la nodriza, salvo los sifilíticos condenados forzosamente á la lactancia artificial ».

Y termina diciendo:

« Es tan alta la mortalidad del departamento de biberón, que sería preciso modificar este género de alimentación en las Inclusas. En la casa no puede hacerse más que se ha hecho sin conseguir nada ».

¡Señores, qué triste y desconsolador es esto que acabáis de oir!

Yo tengo la seguridad de que mi querido amigo el Dr. González Alvarez, que es hombre de gran corazón y buenos sentimientos, habrá pasado muy mal rato en los momentos en que se veía obligado, por amor á la verdad, á escribir esas líneas.....

Y ahora, señores, váis á ver demostrado de una manera evidente, el poder inconmensurable de la higiene en lo que ha acontecido en la Inclusa de Tortosa, al frente de la cual se halla como director facultativo hace más de veinte años el Dr. Vilá.

El hijo de este distinguido compañero me escribió hace pocos días, 16 abril, diciendo que desde enero del pasado año su señor padre cambió por completo el antiguo régimen de la Inclusa, sustituyéndolo por las reglas higiénicas consignadas en mi *Cartilla*, á fin de comparar ambos sistemas, el antiguo y el nuevo, y váis á oir lo que me dice:

«El régimen á que me refiero es la observancia de las prescripciones de su *Cartilla*, esto es:

1.ª Peso obligatorio de todos los niños menores de 0 á dos años cada quince días, llevando un registro de todos estos pesos, y en cuanto se nota alteración sin causa manifiesta, revisión de la nodriza y examen de la leche.

2.ª Prohibición *absoluta* de que el niño duerma en la misma cama de la nodriza. Modificación del régimen alimenticio de las nodrizas, sustituyendo la ración de vino por leche.

3.ª Cambio de las horas en que se levantaban los niños y de la salida á paseo.

4.ª Baño diario á todos los niños.

5.ª Prohibición *absoluta* de darles (como se acostumbraba antes) sopas y patatas, hasta que cumplan los dieciocho meses.

6.ª Ilustrar á las nodrizas, inculcándoles la necesidad de corregir *cuanto antes* los desarreglos intestinales, arrancándolas la preocupación de que la diarrea debía respetarse porque *era la baba que se expelía*, etc.

En la sala de lactancia hay fijos en la pared dos ejemplares de la *Cartilla*, de la cual se entrega, además, una á cada nodriza. Y no obstante esto, todas las noches antes de acostarse, la hermana encargada de la sección de lactancia, da lectura en alta voz de la *Cartilla* en presencia de todas las nodrizas.

A las nodrizas externas, en los días que se presentan al cobro de sus haberes, se las hacen preguntas para saber si han aprendido la *Cartilla*.

Ha coincidido el cambio de régimen con el cambio *administrativo* de la casa, que antes dependía de la Excma. Diputación, la que por escasez de recursos se veía obligada á no poder atender bien á las necesidades de la Inclusa, y hoy está á cargo del Ayuntamiento.

Desde que este cambio se ha operado, se retribuye mejor á las nodrizas, con lo cual éstas se hallan más contentas y cumplen mejor, y en casos de deficiencia de leche materna, se puede disponer de suficiente leche de cabras que se tienen en el Establecimiento».

Y ¿qué ha sucedido, señores, con estas modificaciones introducidas en el régimen, tanto higiénico como administrativo?

Váis á verlo en los dos cuadros siguientes:

ESTADÍSTICA *hecha en la Casa Provincial de Beneficencia de Tortosa* (Sección de Expósitos) *en los últimos* 25 *años.*

RESIDENCIA	ANTES			DESPUES			TOTAL		
	Ingresados.	Muertos.	Tanto por 100 de muertos con relación á ingresados.	Ingresados.	Muertos.	Tanto por 100 de muertos con relación á ingresados.	Ingresados.	Muertos.	Tanto por 100 de muertos con relación á ingresados.
Dentro.....	564	380	67'3	83	21	24'0	647	401	62'1
Fuera.....	807	324	40'04	133	17	35'1	940	341	36'2
TOTAL.....	1371	704	51'0	216	38	17'5	1587	742	46'7

ESTADÍSTICA *hecha en la Casa Provincial de Beneficencia de Tortosa* (Sección de Expósitos) *en los últimos* 25 *años.*

CONCEPTO / ÉPOCA	Ingresados.	ENTEROCOLITIS		ATREPSIA		TOTAL	
		Núm. de enfermos de	Tanto por 100 de enfermos con relación á ingresados.	Núm. de enfermos de	Tanto por 100 de enfermos con relación á ingresados.	Número de enfermos.	Tanto por 100 de enfermos con relación á ingresados.
Antes.....	564	427	75'7	321	56'7	748	132'0
Después.....	83	14	16'8	9	10'8	23	27'8
TOTAL.....	647	441	68'1	330	51'0	771	119'01

Resulta, señores, de todo lo expuesto, que antes con el antiguo régimen la mortalidad era de 51 por 100, y en 1904, con la implantación de las reglas de mi *Cartilla*, no ha sido más que de 17'5 por 100.

Antes padecían de *diarrea* 75 por 100 y ahora 16'8 por 100, acusaban *debilidad congénita*, antes 56'7 por 100 y ahora 10'8 por 100.

El éxito, pues, no puede ser mayor, y casi se atreve uno á dudar de su exactitud, si no fuese por la confianza que merece la seriedad y honradez del digno comprofesor que los suscribe, acreedor á todo género de plácemes, siendo muy justo el que desde aquí le enviemos un caluroso aplauso.

Y si esto ocurre, señoras, en un establecimiento de caridad, ¿qué no habrá de suceder en vuestros hogares, donde el niño encuentra, á más del líquido nutricio por excelencia, el calor vivificador de una buena madre, no comparable á nada de este mundo? Yo os invito, pues, á que, si no esclavas de la higiene, seáis cuando menos cariñosísimas amigas de ella y sigáis sus buenos y desinteresados consejos en bien de vuestros queridos y tiernos hijos.

Voy á terminar. Aquí tengo, señores, una porción de cartas, periódicos, folletos del extranjero y hasta una obra inglesa, recientemente publicada, en los que se encuentran frases laudatorias de nuestro *Primer Consultorio*, y se me felicita calurosamente por haberlo establecido, y es que por todas partes despierta esta cuestión un grandísimo entusiasmo, que contrasta, por desgracia, con el que aquí ha despertado, y eso que nuestra prensa profesional y la política no ha podido hacer más de lo que ha hecho en su favor, y yo le viviré eternamente agradecido.

Confieso, sin embargo, que estoy muy contento de mi labor, y me proporciona la inmensa satisfacción de hacer con ella un bien á mi patria. Verdad es que también me causa no pocos disgustos, porque no me libra de «las envenenadas mordeduras de la ingratitud y de la envidia», que decía el ilustre Victor Balaguer; ¡qué le hemos de hacer! Sufrirlas con paciencia. La humanidad es así. ¡El drama del Calvario se reproduce cada día, siendo crucificado todo aquel que movido por sentimientos altruístas se consagra generosamente á procurar el bien de sus semejantes!

Uno de mis mayores disgustos, quizá el más grande, es cuando se me ruega una plaza del *Consultorio* para algún niño verdaderamente necesitado, y que, por estar ya cubiertas las pocas de que disponemos, me veo obligado á no complacer á las personas que solicitan de mí ese favor. Eso, señores, sí que me ocasiona verdadero disgusto, ya por no poder remediar una verdadera necesidad, como porque aquella persona ó el amigo se considera desairado y á veces hasta queda resentido.

Y hablo de esto, porque es muy conveniente que se sepa. Dado el número inmenso de niños necesitados de socorro y la escasez de plazas con que puede contar *un solo* Consultorio, no es posible complacer á todos los que las solicitan.

Concluyo ya, pidiendo mil perdones por el tiempo que os he molestado, quedándoos agradecido por la condescendencia que habéis tenido conmigo durante las tres noches que os dignasteis escuchar mi pobre palabra. Gracias también al ilustre Presidente y señores socios del Ateneo, por haber permitido que en él diese estas Conferencias de propaganda, tan necesarias en nuestro país y que creo de tanta importancia como la campaña emprendida contra la tuberculosis por el Dr. Espina, secundada ardorosamente por el doctor Verdes Montenegro, fundador del primer *Dispensario antituberculoso* en Madrid, Malo de Poveda, Rodríguez Méndez, etc., propaganda que es preciso, indispensable, que sea apoyada por la sociedad en general, por nuestros Gobiernos y, sobre todo, por la gente adinerada, que es mucho más noble el empleo del dinero en obras de caridad, que no dilapidarlo en frívolos placeres, como habréis leído en el *Heraldo de Madrid,* el que nos contaba hace pocas noches, que una aristocrática dama había ofrecido por el abono de un palco en un teatro la cantidad de ¡6.000 pesetas!

No basta, señoras y señores, que la clase médica se consagre con el amor y desinterés que viene haciéndolo en estas campañas en favor de la higiene; ya la véis siempre en acción, sacrificando sus horas de solaz y esparcimiento para consagrarlas á las discusiones en Academias y Sociedades, escribiendo folletos, artículos y libros, yendo siempre en pos de un solo ideal: prevenir las enfermedades de su prójimo. Es absolutamente indispensable, repito, que en sus campañas en favor de la higiene, sacudiendo su inercia, su indiferencia, despierten todos los miembros de nuestra sociedad, así la alta, como la media y la inferior, y ayuden y secunden la labor del higienista, porque la higiene es la salud, es la alegría, es el amor; sin ella, la vida constituye un verdadero tormento.

HE DICHO.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

Sumario: I. Sobre las carnes putrefactas desde el punto de vista de la higiene alimenticia.—II. Los filtros para aguas y los protozoos.—III. Historia y vías de penetración de los anquilostomas intestinales.

I. Los higienistas italianos, como medio de ilustración de los médicos sanitarios, publican, de cuando en cuando, trabajos sintéticos relativos á un asunto determinado, aparte de existir manuales de gran mérito relativos á la aplicación de los preceptos higiénicos á las funciones de dichos médicos. Como muestra de uno de esos trabajos, transcribo lo más substancial de un artículo de Griglio, *Sulla descomposizione delle carni* (*Gazz. sicil. di Med. e Chir.*, 1905).

Recién sacrificados los animales, la carne es más bien de consistencia blanda y de reacción anfótera. Después, minutos ú horas, según el medio y el estado del animal, comienza á ponerse rígida y la reacción es ácida, es decir, aparece la rigidez cadavérica por la coagulación de la miosina determinada por la producción de ácido paraláctico y de ácidos grasos volátiles; dura dos ó tres días y es sustituída por las alteraciones engendradas por el mismo ácido láctico, el fórmico y el fosfato ácido de potasio, que disuelven la albúmina coagulada, siendo entonces la carne blanda, floja; se realiza un cambio en la intimidad de los tejidos, por empezar á deshacerse la fibra muscular, condición, dice el autor, favorable, casi indispensable á la digestibilidad, pues resultan las carnes más tiernas, más aromáticas y más gustosas. Se trata en estos hechos de un fenómeno exclusivamente fisicoquímico, en que no intervienen de manera alguna los gérmenes (Casagrandi, *Annali d'Igiene sperimentale*, 1903).

Más allá de este *período amicróbico*, la carne es peligrosa. Gartner, Prehsnn y otros han demostrado que la carne de animales sanos, bien sacrificados, á los seis, ocho, diez y más días, aun cuando esté muy pasada, no contiene germen alguno más allá de un centímetro de profundidad, hecho que se observa también en las carnes conservadas largo tiempo en los frigoríficos. Dejándolas expuestas

al aire, pronto son invadidas por bacterias é hifomicetos (Casagrandi), pero sólo lo son las capas superficiales y los fragmentos pequeños.

No todas las carnes que contengan microorganismos en su masa, y éstas no son las pasadas, pueden ser consideradas como microbianas y, por tanto, peligrosas desde el punto de vista higiénico; el estado de microbismo profundo marca el paso de la carne pasada á la putrefacción, estado indeterminado é indeterminable, toda vez que se han ceñido los experimentadores al análisis químico, averiguando, ya la relación del nitrógeno total con el amoníaco (Mai), ya la del amoníaco con la pérdida de peso (Casagrandi), hechos que se refieren al punto preciso de empezar la putrefacción (*descomposición*, dice el nuevo reglamento italiano, que obliga á declararlas insalubres, aunque aquélla sólo sea incipiente) (1).

Confiesa el autor que esta disposición legal, algo indecisa, deja cierta libertad de acción al examinador, hecho oportuno, pues hay carnes que no están putrefactas (insípidas, ácidas, rancias) y son, sin embargo, nocivas, por más que cree que en estos casos suele haber un estado bacterioséptico, dependiente de la enfermedad del animal de que proceden, y más cuando han sido aislados principios eminentemente tóxicos antes de que se desarrolle la putrefacción con producción de gases. Pero es evidente que se usan carnes en tal estado de descomposición (*faisanderie*), que nada tienen que envidiar á la fermentación pútrida, y que en todos los países, sobre todo durante el verano, las carnes empleadas distan de ser frescas, á pesar de lo cual no hay intoxicaciones.

Revelan estos hechos que no es siempre fácil juzgar sobre el estado de una carne; de todos modos, puede establecerse: 1.°, no deben ser consideradas como descompuestas las carnes de animales sanos, sacrificados en buenas condiciones, que presenten, además de los caracteres normales relativos al color, consistencia, estado de la grasa, una ligera acidificación ó aquel olor de fermentación, que no es el aromático osmazomo de las carnes frescas, pero que tampoco es el desagradable de la putridez; 2.°, *pueden* ser excluídas del consumo las carnes que en el corte revelen ser presa de fermentación ácida ya terminada, y tanto más si presentan alteraciones físicas de color y consistencia; 3.°, *deben* ser excluídas en absoluto

(1) El autor censura la palabra *descompuesta*, que debió ser sustituída con la de *putrefacta*. Hay carnes muy pasadas que son perfectamente comestibles.

las carnes que presenten signos, por incipientes que sean, de fermentación pútrida.

La fermentación pútrida ó putrefacción de la carne, que se puede definir el desdoblamiento de las materias albuminoideas determinado por los gérmenes de la putrefacción, se acompaña de la producción de tóxicos alcaloideos (cadaverina, putrescina, midoleína, metilenodiamina, trimetilamina, midina, neurina, muscarina, guadinina, metilguadinina y otros) y de materias volátiles fétidas; se revela por su olor característico repugnante debido al amoníaco, hidrógeno sulfurado, ácidos grasos, substancias olorosas pútridas, por el vapor nauseabundo, manifiesto más, como el olor, en el caldo de cocer la carne, y por cambios en la consistencia y color, preséntanse blandas, esponjosas, flácidas, conservan la impresión del dedo, son untuosas en la superficie, humedecida por serosidad rojiza, de color lívido, rosa sucio, violeta, grisáceo, verduzco, especialmente en las aponeurosis y serosas, y con la grasa difluente y con puntos verdosos.

La reacción alcalina es siempre indicio de putrefacción, pero la persistencia de la acidez no la excluye, pues suele haberla en carnes putrefactas. La presencia del amoníaco es señal segura de putrefacción, pero téngase en cuenta que las carnes en salmuera y análogas hay *normalmente* trimetilamina, y que en ciertas especies de verdadera *fermentación ácida* no se forma amoníaco.

Para comprobar la putrefacción, se usa generalmente el método de Eber, fundado en la demostración del amoníaco. Es sencillo y práctico, pero no superior á la inspección directa de las propiedades físicas, y sobre todo, al *olfato*. Con arreglo á él, se vierte moléculas de ácido clorhídrico, que con el amoníaco produce vapores de cloruro amónico; se coge una probeta de 2 centímetros de diámetro y 10 de largo y con ella se vierte este reactivo:

Acido clorhídrico.	1 parte.
Alcohol.....	8 —
Eter.....	1 —

Se la cierra herméticamente con un tapón de goma, de cuya cara inferior cuelga un alambre de hierro terminado en gancho, en el cual se suspende un pedacito de carne; éste queda á 2 centímetros del líquido; el éter levanta partículas del ácido y aparece una nubecilla blanquecina.

II. La cuestión de los filtros tiene todavía no poco que estudiar. No se conoce bien todo lo relativo á la atracción que las paredes

ejercen sobre determinadas partículas en suspensión ó sobre ciertas soluciones, no está bien precisado el límite de paso para los microbios invisibles (quizás microzoos), ni se sabe á punto fijo todo lo relativo á los protozoarios.

U. Biffi y O. Razzeto (*Crónica médica*, 1905) han estudiado este último punto con los filtros Chamberland-Pasteur, D'Arsonval, Kitasato y otros.

Los filtros Pasteur-Chamberland se expenden clasificados según su permeabilidad; pero como la masa filtrante no es siempre homogénea (zonas impermeables, otras muy permeables y hasta huecos), el rendimiento horario suele ser muy diferente para una misma categoría. Aparte de este hecho especial, influye mucho en los filtros, aparte de la extensión de la superficie, presión, etc., la temperatura del agua, pues el roce interno de los líquidos es variable: baja un sexto cuando la temperatura sube de 0° á 100°; una bujía, dados todos los elementos iguales, deja pasar 500 cm^3 en una hora si el agua está á 37° y en una hora y veintisiete minutos si á 20°. Influye también el momento de la filtración, más lenta al principio por el aire interpuesto, que obra á modo de embolias gaseosas.

Habida cuenta de estos y otros errores posibles, los autores han hecho repetidos experimentos para buscar una media probable, dividiéndolos en dos grupos: 1.°, verdadera filtración, ó sea paso rápido de los micrococos sin tiempo para multiplicarse en los poros del filtro; 2.°, paso lento con posibilidad de multiplicación ó cultivo de los gérmenes en el espesor del filtro (*durchwachsen* de los alemanes). Los protozoos empleados han sido: los comunes del agua de Lima (de 6 á 30 micrás), esporozoarios (de 6 á 25), flagelados (de 5 á 25-30) y ciliados (de 15 á 200-250), y el medio de cultivo la infusión de lechuga esterilizada.

Los resultados han sido:

A) *Filtración rápida.* — 1.° Los filtros Pasteur-Chamberland B, D y F, los de porcelana tipo de Arsonval, marca A 3, no dejan pasar los protozoarios.

2.° Los de Berkefeld (*Liliputfiltor*) dejan pasar protozoarios hasta 20 micras.

3.° Los de Grandjean (celulosa comprimida) los dejan pasar hasta 40 micras.

B) *Filtración lenta.* — 1.° Los filtros de Arsonval A 3, Kitasato y Pukall sólo fueron permeables, y esto al cabo de muchos días, á pequeñas amibas de 8 á 15 micras.

2.° Los de Chamberland B, D y F suelen dar paso, á los varios días y aún meses, á amibas hasta de 20 micras y á flagelos de 5 á 12; rara vez los atraviesan los esporozoarios.

3.° Los de Reichel dejaron pasar á los pocos días amibas hasta de 30 micras, flagelados de 6 á 15 y ciliados de 30 á 40.

4.° Los de Berkefeld, Grandjean y Slack y Bounlow, de Manchester (carbón comprimido), son atravesados por todos los protozoos pequeños y los ciliados de 40 á 60 micras.

En resumen:

Los protozoos más aptos para el paso son algunos sarcódicos (amibos), sin duda por adaptarse á los poros, como los leucocitos en la diapedesis, y los flagelados muy movibles de 5 á 6 micras; después los de 10 á 20, los esporozoarios que se multiplican con gran rapidez, y en fin, los ciliados.

El filtro que en las primeras horas deja pasar protozoarios, debe ser rechazado.

III. El laborioso Dr. P. Fabre, de Commentry, publica un trabajo *Sobre el modo de introducción de las larvas de anquilostoma en el organismo* (*Le Progrès médical*, 1905), que es á la par una preciosa síntesis de nuestros conocimientos en esta materia.

Dubini, de Milán, haciendo la autopsia de un joven muerto de pneumonía (1838), observó este neumatode, al que denominó *dochmius intestinalis*; lo continuó estudiando, y en 1843 anunció que lo había encontrado 20 veces en 100 autopsias.

Pruner (1847) y Griesinger (1855) hallaron el anquilostoma en Egipto, en donde dice Bilharz que se le encuentra en casi todas las autopsias; Sangalli (1866) lo ve en la mitad de las autopsias hechas en Pavía; O. Wünderer (1866) lo notó en Bahía; Delioux de Savignac presentó á la Academia de Medicina de París (1871) parásitos procedentes de Bahía, en donde los naturales llamaban *opilación* á la enfermedad; poco después, Riou de Kerangel los vió en Cayena, Rodríguez de Moura en Río Janeiro; Bavay, Normand y Dounon dicen que es la causa de la diarrea en Cochinchina, Monestier lo observa en Mayotte, etc., etc. y C. Connel en Calcuta (1879). Oswal Baker (*The British med. Journal*, 28 marzo de 1903) dice que la anquilostomiasis causa daños en más de tres cuartas partes de la superficie de la tierra, y añade, según lo observado por Sandwith, que hay el parásito en el 90 por 100 de los fallecidos en el Hospital Hars-el-Aini, del Cairo. Dobson lo ha visto en las materias fecales de los inmigrantes en la India 454 veces en 547; Daniel en el 52 por 100 de

las necropsias en Demerara (Guayana inglesa); Roersch, de Lieja, dice que existe en todos los congoleses que han venido á Europa y han sido bien examinados (*Revue univer. des mines et de la métallurgie*, 1899), y Zinn y Jacobi han notado lo mismo en negros procedentes de diversas regiones. Según el mismo O. Baker, la mortalidad por anquilostomiasis no es de fácil determinación, pues de ordinario no hace más que complicar otras afecciones.

La perforación del túnel de San Gotardo, aparte de su valía comercial é internacional, tuvo la ventaja de llamar la atención sobre un padecimiento que, si no desconocido, no era muy tenido en cuenta. Este fué el punto de partida de los estudios de Bozzolo (*L'anemia al traforo del Gotardo del punto di vista igienico e clinico*, Milán, 1880, 75 páginas en 8.°) y Pagliani, de Turín; de Bugnon (de Lausana) (*L'ankylostome duodénal et l'anémie du Saint-Gothard*, Ginebra, 1881, 62 páginas); de H. C. Lombard (de Ginebra) (*La maladie des ouvriers employés au percement du tunnel da Saint-Gothard*, Ginebra, 1880, 17 páginas); de Sonderegger, de Parona (de Pavía) (*L'anchilostomiasi e la malattia del minatori del Gottardo*, Milán, 1880, 28 páginas); de Fodéré (de Göschenen), de Giaccone (de Airolo), de Graziadei (de Turín), de Perroncito, de Concato, etc. Son notables también los estudios de Trossat y Eraud, hechos en pos de los de Perroncito, en Saint-Etienne (servicio del Dr. Rembault); el mismo Trossat presentó su tesis sobre esta materia (*Ankylostome duodénal*, París, 1885, 100 páginas).

Por su parte, la *uncinariosis* no tardó en propagarse. En 1881 hubo casos en Friburgo, Neufchatel, Basilea; luego fué invadida Alemania y más tarde Westfalia y Bélgica. En las minas de Hungría observó y describió una epidemia R. Blanchard. Hoy existe en muchos países.

Se creyó al principio que los embriones entraban con el agua de bebida por el tubo digestivo. Mas Giles probó que morían en ella, y Sandwith, colocándolos en pozos ó depósitos, los vió caer al fondo.

El anquilostoma es muy prolífico: se cuentan sus huevos por millares y aún por millones en las materias fecales. Leichenstern dice que no es raro hallar 4.000.000 en una sola deposición, y en un gramo ha llegado á contar 18.910 (Rörsch, de Lieja, *Revue universelle des mines et de la métallurgie*, 1889).

En 1898 un médico alemán, Looss, en el Cairo, se encontró infecto, á pesar de todas las precauciones tomadas con el agua, y buscando la puerta de entrada, recordó haber dejado secar en su mano agua

cargada de larvas; continuó sus investigaciones y admitió la posibilidad del ingreso á través de la piel intacta (*Bull. de l'Acad. R. de Méd. de Bélgique*. Informe de Firket, 1905). Esta opinión, combatida violentamente, sobre todo por Leichenstern, ha sido confirmada por Schaudinn, que ha logrado infectar dos macacos (*Innuus sinicus*) poniendo en su piel una gota de líquido cargada con larvas de anquilostoma; y en el Congreso de Naturalistas de Berna (1904) y en la Conferencia internacional de la anquilostomiasis de Colonia, se han presentado preparaciones microscópicas muy demostrativas, y un médico inglés, Bentley, dice que el *prurito de los piés* que sufren los *coolies* ocupados en las plantaciones de the de Assam, debe ser causado por la penetración de esas larvas (*British med. J.*, 1.° octubre 1904).

Lambinet, de Lieja, por consejo de Malvoz, ha hecho experimentos que confirman la opinión de Looss. Su trabajo ha sido sometido á informe (*Acad. R. de Méd. de Belgique*) de dos personas peritísimas: Kuborn y Firket. Hé aquí un extracto del informe:

Looss hizo sus experimentos con un anquilostoma del perro (*A. caninum*, *Uncinaria trigonocephala*), muy afine al del hombre. Lambinet con este mismo, proporcionado por Looss, ha producido la infección intestinal depositando en la piel agua con larvas. Como era de prever, la objeción que el perro se lame y el mono se rasca, y así pudieran llegar las larvas al tubo digestivo, se ha evitado con una buena técnica.

Introducidas en inyección subcutánea (Lambinet) ó penetrando por sí á través de la piel (Looss, Schaudinn, Lambinet), en parte ingresan por la vía linfática y en parte por la sangre; algunas son detenidas probablemente en los ganglios linfáticos (Firket) y otras en la red capilar de los alvéolos pulmonares; éstas rompen la pared y por reptación, como por las maderas de las minas, suben por los bronquios y tráquea, y si no son expectorados, van por deglución hasta el intestino y en el yeyuno sufren la maturación, se fijan y acoplan.

Es probable que lo que ocurre en el perro suceda también en el hombre (1). Si así es, habría, como para la tuberculosis, una infección primitiva del intestino y otra secundaria consecutiva á una localización pulmonar de las larvas. El proceso no es más complicado

(1) Firket no pudo incluir en su informe una carta que le remitiera el Dr. Hermann en la que dice ha logrado esa penetración, incluso en él mismo. Las fotografías y cortes microscópicos son muy demostrativos.

ni el camino más largo que para los embriones de las triquinas intestinales (trabajos de Cerfontaine). No há mucho, Goldmann (Soc. de Med. interna de Viena.—*Presse méd.*, 21 enero 1905) ha señalado la aparición de forúnculos y de una erupción semejante á la urticaria, reveladora del principio de la infección en el hombre. Estos estudios, todavía poco numerosos, deben ser proseguidos.

Tales hechos conducen á medidas de profilaxis, tanto general como individual, contra el *gusano del minero* (1). La piel debe ser protegida, y Firket aconseja el empleo de las fricciones de grasa, que taparía la entrada de los folículos pilosos, que es por donde penetran las larvas (Looss). La grasa, que ni detiene mecánicamente ni mata las larvas, por modo extremo resistentes, con alguna substancia empirreumática ó alguna esencia, podría ejercer sobre ellas, desorientándolas, una especie de acción *quimiotáxica* repulsiva. Si el procedimiento sirviera, tendría la ventaja de su sencillez y bastaría no cubrir todo el cuerpo, como los negros con el aceite de palma, sino las partes descubiertas y las medias, expuestas al contacto del agua infecta.

Para que continúen con fruto las investigaciones de Lambinet, se ha de evitar la infección de los establos en que están los animales, hecho que no le ha pasado inadvertido.

Fabre llama mucho la atención sobre un doble hecho: 1.°, que los mineros tienen otros enemigos que los anquilostomas (aire confinado, carburos de hidrógeno, sulfuro y arseniuro hídricos, etc., tenias, ascárides lumbricoides, oxiuros, tricocéfalos, etc.), y todos deben ser evitados; 2.°, que la anquilostomiasis no es enfermedad propia y exclusiva de los mineros.

(1) Mal llamado, pues lo sufren muchos otros que no son mineros.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 20 de Noviembre de 1905.

Un caso clínico de conjuntivitis vegetante. — El Dr. Márquez: El caso que presento se refiere á una enfermedad interesante no descrita ó mal descrita en la mayor parte de los libros de oftalmología, tanto extranjeros como nacionales y que, sin embargo, merece indudablemente figurar aparte en los cuadros nosológicos por lo característico de sus fenómenos.

Como el enfermo es un caso típico, esto nos permitirá poner al día los puntos más salientes de la historia de tan curiosa afección.

Esta ha recibido diversos nombres: *Catarro ó conjuntivitis primaveral*, *periquerato-conjuntivitis exuberante*, *tarsoconjuntivitis vegetante*, *conjuntivitis proliferante*, *hipertrofia periquerática*, etc.

Es muy rara, pues Demicheri (de Montevideo), autor de un notable trabajo sobre el particular (*Archives d'Ophtalmologie*, 1902), sólo ha encontrado 20 casos en 5.500 enfermos. Por mi parte, desde la lectura del citado artículo que me hizo fijar en ella la atención, he observado en mi consulta del Real Hospital del Buen Suceso, entre más de 10.000 enfermos, cuatro casos incluyendo el presente, pero sospecho que en época anterior he debido observar otros enfermos que han pasado para mí confundidos con casos vulgares de tracoma, lo cual debe ocurrir con frecuencia, y nada tiene de extraño, dado que los libros clásicos no suelen ser muy explícitos sobre el particular.

Mi esposa, la Dra. Arroyo, me ha referido igualmente otros cuatro casos entre unos 1.200 enfermos observados en su práctica de Palencia antes de nuestro matrimonio, los cuales ella calificaba de «granulaciones de forma rara», habiendo sido de una rebeldía extrema á los tratamientos habituales del tracoma, y los cuales, por el recuerdo que de ellos conserva, ha reconocido como pertenecientes, sin género de duda, á la afección que nos ocupa. No se crea que tal enfermedad es tan moderna, pues la primera descripción fué dada ya por Arl en 1846, siendo estudiada después por otros autores y especialmente por Sœmichs que la dió el nombre de *catarro primaveral* (Fruhjarhscatarrh). El libro de Fuchs y el Atlas de Haab dan de ella una excelente descripción que, junta con la del artículo citado de Demicheri y lo observado en nuestros casos, me dan materia para la que estoy haciendo.

Es afección observada de preferencia en individuos jóvenes y del sexo masculino.

Respecto á la *edad*, oscilaba en los 20 casos de Demicheri, desde los tres hasta los veintitrés años; en los 4 de la Dra. Arroyo, era de diez en uno,

veinte en otro y veintitrés en los otros dos; y en los 4 míos, de doce, quince, dieciocho y veintisiete respectivamente. Fuchs cita un caso de treinta años.

En lo que se refiere al *sexo*, de los 20 casos de Demicheri, 12 eran hombres y 8 mujeres; de los 4 de la Dra. Arroyo eran 3 y 1 respectivamente, perteneciendo mis cuatro casos todos al sexo masculino.

En cuanto á la causa eficiente, es en realidad desconocida. Parissotti y Fortunati nos han hablado de la existencia de blastomicetos, lo cual se compaginaría bien con las *recrudescencias estacionales* de la afección.

Los síntomas subjetivos consisten, sobre todo, en picores intensos como en ninguna otra afección conjuntival, que llegan á constituir un verdadero prurito insoportable y son una de las manifestaciones más características y expresivas de la afección, la cual se atenúa considerablemente durante los inviernos hasta el punto de que parece haber desaparecido por completo, mientras que coincide su exacerbación con los primeros calores, exagerándose sus molestias en la primavera y en el verano. La acción de estas oscilaciones térmicas es evidente en todos los casos, hasta el punto de que aun durante el verano mejoran los enfermos si emigran á un sitio fresco y durante el invierno empeoran si sufren la acción del calor. El caso que he presentado, joven de quince años, muy inteligente, acusa esto de un modo muy preciso, pues dice que siempre que trabaja al sol se le exageran las molestias.

El Dr. A. Chacón (de Méjico), en un reciente artículo sobre la afección que estudiamos (*Archivos de Oftalmología Hispano Americanos*, marzo de 1905), señala otro hecho que á primera vista está en contradicción con lo expuesto y que en realidad lo confirma: el de que en su país los síntomas no se modifican por la influencia de las estaciones, cuya explicación reside según el, en que estando situada la ciudad de Méjico sólo á 19°-26′ de latitud y muy alta sobre el nivel del mar, ni el verano es tan cálido como en Nueva York ó en París, ni el invierno tan riguroso como en los países alejados del Ecuador.

Los síntomas *objetivos* son: inyección vascular de la conjuntiva, permanente durante las exacerbaciones, pero que aun no existiendo, se desarrolla con facilidad por el acto de restregarse y por el de lavarse la cara hasta el punto de que Demischeri ha querido hacer de ello un signo característico de la enfermedad. Coincidiendo con esto se observa durante las exacerbaciones estacionales una secreción catarral que es la que ha hecho que se dé á la afección el nombre de *catarro primaveral* que estimamos impropio por no observarse fuera de las épocas citadas.

Pero en realidad, los más importantes síntomas objetivos se refieren al estado de la conjuntiva palpebral y ocular. Desde este punto de vista, admiten los autores una forma *tarsal*, otra *pericorneal* y, por fin, otra *mixta* que resulta de la reunión de las dos anteriores. Veamos en qué consisten:

1.° Después de la inversión del párpado superior, se puede ver una serie de eminencias duras, como cartilaginosas más ó menos aplanadas, anchas, separadas por contornos poligonales que dan al conjunto el aspecto de un *empedrado* irregular, según la expresión de Fuchs y que recuerda algo á las láminas de los libros de Histología referentes á los epitelios pavimentosos. Tal ocurre en mi caso; pero en ocasiones las citadas eminencias se des-

arrollan mal y hasta se pediculizan, llegando á ser vegetaciones y hasta verdaderos pólipos de la conjuntiva. Lo característico es que están localizadas en la superficie tarsal *sin invadir el fondo de saco*. Es de advertir además, que residen *exclusivamente* en el párpado superior. En el inferior sólo puede observarse una superficie lisa, de aspecto blanquecino, que recuerda á veces el de una ligera escara hecha por el nitrato de plata. Tal es la forma *tarsal*.

2.° Las manifestaciones en la conjuntiva bulbar, son también, cuando existen, muy características. Consisten en elevaciones blanco-amarillentas situadas en el mismo limbo corneal, de preferencia en los lados interno y externo, pero que en ocasiones comprenden todo el contorno de la córnea, invadiendo ésta á la manera del arco senil, del cual se diferencian (aparte de recaer la afección en jóvenes) en que en el citado arco senil hay una faja estrecha, transparente entre la opacidad y el limbo corneal, mientras que en la afección que estudiamos está invadida la conjuntiva pericorneal con aspecto hipertrófico (*hipertrofia periquerática* de Desmarres). Por esto último se asemeja también á un botón pustuloso, pero á diferencia de él *jamás se ulcera* y esto basta para deshacer el error en que incurren algunos autores (Panas y Wecker), incluyendo entre la conjuntivitis pustulosa á esta *forma bulbar*.

3.° Hay por fin la *forma mixta*, en la que coexisten á la vez ambas clases de manifestaciones.

Respecto á la frecuencia de las tres formas, en los 20 casos de Demicheri fué de 9 para la tarsal, 3 para la bulbar y 8 para la mixta. En los 4 casos de mi esposa, 3 revistieron la forma tarsal, y 1 la forma mixta; mis 4 casos corresponden todos á la forma tarsal, la cual, como se ve, parece algo más frecuente que las otras, siendo la más rara la corneal.

La histología patológica de la afección ha sido hecha en pocos casos. Según Demicheri, basado en uno de los casos en que hizo examen microscópico, se trataría á la vez de una hiperproducción de epitelio pavimentoso (diez veces más espeso que en estado normal en algunas regiones) y de proliferación del tejido celular subepitelial, mucho más denso y apretado, de aspecto fibroso y con pocos elementos emigrantes. Según otros autores, estos últimos serían más numerosos. Se trata, pues, de verdaderos papilomas y por esto es por lo que el nombre que creemos más exacto es el de *conjuntivitis vegetante* dado por Terson ó el de *conjuntivitis proliferante* propuesto por Antonelli.

El *diagnóstico* es fácil de hacer, después de los caracteres tan especiales dichos, y no se confundirá la afección ni con el tracoma, por la distinta forma y gravedad de sus manifestaciones corneales, ni con la conjuntivitis folicular sin alteraciones corneales é invadiendo de preferencia el párpado inferior y los fondos de saco, ni con la conjuntivitis pustulosa, de la que, entre otros caracteres, se diferencia en que jamás se ulcera.

El *pronóstico* presenta de especial el que, por una parte, la afección es en extremo rebelde á todos los medios terapéuticos habitualmente empleados contra las otras clases de granulaciones, y en cambio es curioso hacer constar que después de un cierto número de años que varía desde cuatro ó cinco hasta trece ó catorce, *desaparece sin dejar vestigios*. Permanecen tan

sólo como estigmas permanentes las opacidades pericorneales, pero que nunca estorban para la visión por su sitio periférico. Unicamente Fuchs cita el caso de un joven de dieciséis años en el que fué invadida toda la córnea perdiéndose la visión, y otro de un griego de treinta años en el que la opacidad de la córnea respetó tan sólo la parte correspondiente al orificio pupilar.

De modo que prescindiendo de tan excepcionales casos, el pronóstico es benigno á diferencia de el del tracoma, afección con la que más á menudo se la confunde. Acaso tal benignidad sea debida á la transformación gradual en tejido conjuntivo fibroso, explicándole así el que algunos autores hayan podido encontrar en las primeras fases de la afección elementos embrionarios que se transforman por un verdadero mecanismo de curación espontánea en tejido adulto.

El *tratamiento*, en fin, es bien precario, pues la experiencia ha demostrado lo ineficaz de los recursos empleados contra las granulaciones vulgares, ineficacia que alcanza aún al quirúrgico, pues Demicheri vió reproducirse inmediatamente las vegetaciones por él extirpadas. Sólo el tratamiento paliativo de los picores se debe intentar, aconsejándose, como más eficaces, las instilaciones de ácido acético (1 gota en 10 de agua). De todo lo anterior se deduce el interés práctico que hay en diagnosticar bien la citada enfermedad sobre la que me ha parecido oportuno llamar la atención de la Academia en las precedentes consideraciones.

El Dr. García Mansilla: Me hallo conforme con el diagnóstico del caso, pero creo que se trata de una variedad de tracoma por las razones siguientes: La etiología es desconocida en ambas. El aspecto es muy parecido, pues se trata, después de todo, de granulaciones. El curso crónico en ambas enfermedades que son igualmente rebeldes al tratamiento. La estructura microscópica es fundamentalmente análoga, importando poco unas cuantas células más ó menos; en fin, en ambas hay manifestaciones corneales.

El Dr. Sanz Blanco: También estoy conforme con el diagnóstico del Dr. Márquez, pero no creo en la rareza de la afección, pues mi maestro el Dr. López Ocaña nos enseñaba ya estos casos que él llamaba de *conjuntivitis catarro-granulosa*. Yo mismo he observado unos 16 casos y en la actualidad tengo dos, de los cuales uno presenta la opacidad de la córnea respetando el centro como en el caso de Fuchs.

¿Podría ser también este caso de conjuntivitis de Parinaud? Sabido es que en esta afección, coincidiendo con el infarto de los ganglios pre-auricular y submaxilares, se observan también granulaciones conjuntivales semejantes.

El Dr. Márquez: El que la etiología sea desconocida no indica nada en pro ni en contra de que sea una especie morbosa distinta, pues cosa idéntica ocurre por ejemplo con el tifus exantemático que nadie confunde con el abdominal.

El aspecto «en empedrado» es muy característico, y además el sitio de las elevaciones es también muy diferente; pues en el tracoma el fondo de saco está principalmente invadido, mientras que en casos de conjuntivitis vegetante, residen tan sólo en la superficie tarsal de la conjuntiva palpebral.

Las manifestaciones pericorneales son también muy características y por su localización preferente, interna ó externa, no se pueden confundir con las manifestaciones corneales del tracoma que residen siempre en la parte superior y consistentes en ulceraciones, opacidades y vascularizaciones que en la conjuntivitis vegetante jamás aparecen. La histología, además, es distinta, pues se trata de un caso de hipertrofia del tejido celular conjuntival, con muy pocos vasos, mientras que en el otro se trata de un verdadero *pannus* consistente, como es sabido, en el desarrollo de considerable número de vasos de nueva formación, inmediatamente debajo del epitelio, entre él y la membrana de Bowmann.

La histología de las elevaciones palpebrales es también distinta, pues ya hemos visto que en la enfermedad que estudiamos se trata de verdaderas vegetaciones en cuyo centro hay tejido conjuntivo *adulto*, mientras que el nódulo tracomatoso es bien sabido que consta casi exclusivamente de elementos embrionarios en enorme abundancia. El curso de ambas afecciones abandonadas á sí mismas, tampoco puede ser más diferente á pesar de tener de común el carácter crónico; fatalmente progresivo *hacia la ceguera* en muchos casos de tracoma y de tendencia espontánea *hacia la curación* en la enfermedad que estudiamos.

Después de haberse curado ciertas conjuntivitis purulentas, dejan un estado granuloso especial que en nada se parece á las vegetaciones descritas, no observándose además la recrudescencia estacional propia de éstas.

La conjuntivitis infecciosa de Parinaud presenta granulaciones que tampoco se parecen á las de la conjuntivitis vegetante. Además, la existencia de ulceraciones así como los infartos del ganglio del trago y submaxilares antes citados (y que mi enfermo, como ha podido verse, no presenta), diferencian por completo esta también curiosa afección de la conjuntivitis vegetante que hemos descrito.

Histerismo agudo mortal.—El Dr. *Salas y Vaca:* Dos casos observados por él de histerismo agudo, terminado de modo funesto, han motivado su interesante comunicación, en la que viene á confirmarse la idea que se tiene de la gravedad de esta forma de la neurosis histérica.

El primer caso referíase á una señora de cuarenta y tres años, que padecía menorragias de tres meses de antigüedad acompañadas de un cortejo de síntomas uterinos que motivaron su visita á un especialista. Del reconocimiento ginecológico practicado bajo la anestesia clorofórmica, se dedujo que se trataba de un caso de carcinoma uterino con múltiple invasión ganglionar, en condiciones, en suma, que hicieron desistir de toda intervención operatoria.

Todos sus parientes trataron de ocultarle la inmensa gravedad de su mal, pero no faltó un *cariñoso amigo* que le hiciera saber la funesta terminación de aquel proceso.

Tres días después de esta noticia se presentó un violento dolor en el abdomen que hacía insoportable cualquier contacto, puesto que sólo el peso de la sábana le producía dolores insufribles. No se apreciaban signos que indicasen la presencia de peritonitis. Observábase una taquicardia acentuada y á la par anestesia de la conjuntiva y ceguera de uno de los ojos. A este estado vino á sumarse un violento delirio, el síncope y la muerte.

Realmente, no pudiéndose hacer la autopsia, había que servirse de conjeturas para poder explicar el mecanismo de su muerte. Pensóse que pudiera haberse producido una flebitis con embolia. El médico de cabecera opinó que tal vez la impresión fuertísima que recibió al conocer su fatal y breve fin, determinó el histerismo agudo y la muerte.

El segundo caso fué una joven de diecisiete años, sin antecedente patológico alguno, que hace dos años había visto morir á una hermanita suya de anasarca escarlatinoso, y la impresión de aquella muerte, precedida de enorme hinchazón quedó grabada en ella de modo indeleble. Poco tiempo después enfermó de escarlatina, y cuando pasado el peligro de la enfermedad y contentos todos por la feliz marcha de este caso, sin disminuir la cantidad de orina aparecieron ligeros edemas, la niña al reconocerse en sí misma la hinchazón de la que vió morir á su hermana, quedó sumida en postración extrema porque adivinaba su fin próximo, no tardando en aparecer fenómenos delirantes con zonas anestésicas, fotofobia, hiperestesias, contracturas, muriendo en coma á los cuatro días de iniciarse este estado.

Es difícil poder afirmar de un modo absoluto cuál fué el mecanismo de la muerte en ambos casos. Sin afirmarlo rotundamente, á mí me parecieron dos casos de histerismo agudo que produjeron la muerte, pues sabido es que las causas morales pueden ocasionar perturbaciones intensas en las zonas corticales del serebro, bien de asociación ó de proyección, dando en cada caso fenómenos histéricos de gravedad y forma distinta que pueden llegar como en estos casos hasta producir la muerte.

PERIÓDICOS

El suero anti-alcohólico.—El Dr. D. Nemesio Blasco publica en *La Clínica Moderna*, de Zaragoza, los siguientes casos clínicos:

«1.° J. A., de veintisiete años de edad, casada, cigarrera. Hace doce años que acostumbra á embriagarse, generalmente con vino tinto, lo que la ocasiona frecuentes disgustos con su marido y numerosas recogidas por la policía. Tiene facies alcohólica y no presenta lesión orgánica alguna.

El 30 de marzo la puso una inyección hipodérmica de 10 centímetros cúbicos de suero, que repito los días 1 y 4 de abril. Con la primera la desaparece el deseo de beber, después de la segunda bebe con moderación, y pasados tres días de la tercera, apenas bebe, porque dice saberla el vino á campestre, y presenta eritema polimorfo en piernas y vientre, con dolores articulares que desaparecen espontáneamente. Al mes de esto me comunica el jefe de la Guardia municipal que sus agentes la han recogido embriagada de la vía pública.

2.° A. Z., de veintiséis años, casada. Hace cinco que se embriaga frecuentemente con vino tinto. Padece gastritis y temblor alcohólico. Se la pone una inyección de 10 cent. cúb. de suero cada uno de los días 1, 4 y 7 de abril. La primera no produce efecto, la segunda la crea una repugnancia tal hacia el vino, que la impide beber en absoluto, y la tercera aumenta

esta sensación hasta el punto de que la sola vista del vino la ocasiona vómitos violentos. El temblor y la gastritis han desaparecido por completo, y hasta hoy no ha vuelto á caer en su vicio, permaneciendo sin beber.

3.° E. G., de treinta y cinco años, casada. Desde hace seis se embriaga casi todos los días con vinos y aguardientes. Tiene ligera hipertrofia del hígado y algunos de los pequeños accidentes del brightismo. Primera inyección (10 cent. cúb.) él 5 de abril; al día siguiente, é interpretando mal la advertencia que hago á todos de que si tienen deseos de beber no dejen de hacerlo, procura embriagarse é intenta por ocho veces tomar caña y aguardiente, sin conseguir retener una sola copa, que son arrojadas por vómito. El 7 por la mañana se embriagó, y por la tarde la puse otra inyección con la misma dosis, que repetí los días 13, 17 y 21, sin más accidentes que la producción del eritema y de los dolores articulares, consiguiendo que el hígado recobrara su volumen normal y que la desapareciera el *sincio* (así llama á la necesidad de beber), cuyo efecto se sostiene hoy.

4.° R. S., de cuarenta y tres años, soltero. Su cara congestionada y sin expresión revela el vicio que le domina desde hace más de diez años. Con una inyección de 20 cent. cúb. el día 22 de abril y otra de 10 cent. cúb. el día 25, abandonó el tratamiento y continuó dedicándose á su pasión favorita.

5.° J. D., de cuarenta y seis años de edad, devota exagerada del dios Baco desde hace muchos años; tomó por vía gástrica cuatro dosis de 20 centímetros cúbicos de suero, que no fueron capaces de calmar sus arrebatos místicos, y como se negó á usar la vía hipodérmica, tuve que dejarla sacrificar su salud en aras del dios de la borrachera.

6.° Idéntico resultado obtuve con C. L., casada, de veintiséis años, por no haberse vuelto á presentar por mi consulta después de tomar la segunda dosis de 20 cent. cúb.

7.° Y. Z., de veintitrés años, soltero. Este joven, perteneciente á una familia distinguida, tuvo que abandonar una honrosa profesión por ser incompatible con el vicio que le dominaba desde hace siete años. Es sifilítico desde hace nueve, y su deseo por beber es tan imperioso, que en ocasiones ha llegado á tomar el alcohol que se emplea para las lámparas, y en otras, ha acudido á procedimientos que su educación condena, para hacerse con bebidas espirituosas. El Dr. Sánchez Herrero le estuvo tratando durante una temporada por la sugestión hipnótica sin resultado. Tiene la cara abultada y sin expresión y presenta ligero temblor en ambas manos.

Le pongo inyecciones de 10 cent. cúb. de suero los días 17, 19, 21 y 23 de mayo, sin que le produzcan el más ligero efecto, en vista de lo cual el día 25 le apliqué una inyección de 20 cent. cúb. El 27 se me presentó en la consulta con eritema muy extendido y manifiesta que no siente deseos de beber. El 29 casi le ha desaparecido el eritema y se queja de muy fuertes dolores en las articulaciones, algunas de las cuales están notablemente abultadas, cediéndole estos síntomas por completo en seis horas con gramo y medio de antipirina.

El 31 última inyección de 20 cent. cúb., y hoy se encuentra perfectamente, pero sin poder tomar ninguna clase de bebida alcohólica.

8.° S. S., de cincuenta años, pescador de oficio, que, dedicándose á su

arriesgada ocupación, tuvo la desgracia de caerse por un precipicio de la costa el 29 del pasado mes, ocasionándose la fractura del acromion del omoplato izquierdo y graves contusiones en la cabeza y distintas partes del cuerpo, ingresando por este motivo en la sala del Hospital Provincial á cargo de mi ilustrado amigo Sr. Palacio, siendo presa de frecuentes accesos de delirio alcohólico, durante los cuales se arrancaba los vendajes, sin que fueran bastante á contenerle los medios usuales en estos casos. Consultado sobre la conveniencia de aplicarle el suero, me pareció estar indicado, y el día 6 del corriente le puse una inyección de 10 cent. cúb., cuyo resultado satisfactorio no se dejó esperar, y el 9 repetí la inyección. Este individuo acostumbraba á desayunarse todas las mañanas con aguardiente.

Resumiendo estos deshilvanados apuntes, puede decirse: que los casos por mí tratados son ocho, que en dos el resultado fué negativo, por ser incompleto el tratamiento, y que en el tratado por vía gástrica no se obtuvo resultado positivo.

El suero de que se ha servido procede del acreditado laboratorio del Dr. Ferrán, quien lo obtiene, como he sabido, de caballos sometidos periódicamente á la intoxicación etílica, y lo expende en ampollas de 10 centímetros cúbicos de cabida, cerradas á la lámpara.

Para terminar, expone brevemente las conclusiones á que he venido, deducidas de varias observaciones publicadas y confirmadas por las mías:

1.ª La acción del suero anti-alcohólico es completamente inofensiva.

2.ª Debe administrarse por vía hipodérmica, bastando generalmente la dosis de 10 cent. cúb. repetida cada segundo ó tercero día hasta poner tres inyecciones, y si no producen efecto, se doblará la dosis en igual forma. Si aun así fracasara, yo no tendría inconveniente en ponerlas de 30 centímetros cúbicos.

3.ª Suele producir repugnancia hacia las bebidas espirituosas, que dura más ó menos tiempo, según circunstancias difíciles de determinar, pero que seguramente acaba siempre por desaparecer.

4.ª Cura la dispepsia.

5.ª Cura algunas alteraciones orgánicas producidas por el abuso del alcohol.

6.ª Debe constituir el tratamiento de elección en el delirio alcohólico.

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 22 de Noviembre de 1905.

Dilatación estomacal aguda post operatoria.—El Dr. *F. Legueu*, á propósito de un caso de dilatación aguda post operatoria del estómago, comunicado recientemente á la Sociedad por el Dr. Chavannar (de Burdeos), manifestó que había observado otro caso de esta complicación de las operaciones.

Se trata de una mujer de treinta y siete años, á la que el Dr. Legueu extirpó el riñón derecho, que estaba afectado de tuberculosis. La operación se practicó sin incidente alguno y sin que hubiera necesidad de abrir el peritoneo. Los tres días primeros todo fué bien, pero al cuarto, la enferma tuvo algo de agitación y rapidez del pulso, aunque no tenía fiebre, é hizo varias deposiciones merced á un purgante. El vientre estaba muy abultado, pero á juzgar por la forma del abombamiento, se trataba de una distensión enorme del estómago. Se notaba bazuqueo hasta al nivel del pubis. La exploración del estómago con una sonda, dió salida á 2 litros y medio de líquido negro muy fétido.

Por la tarde volvió á lavarse el estómago, extrayéndose litro y medio de líquido; la temperatura se elevó á 38°. En los días sucesivos se hizo dos veces en las veinticuatro horas el lavado gástrico, y aunque la enferma se hallaba á dieta absoluta, el estómago se llenaba de nuevo. Esta mujer jamás tuvo vómitos y defecaba á voluntad. Murió á los nueve días, presentando sequedad de la lengua, olor fuerte de acetona y diarrea fetidísima. La herida había curado por primera intención

En otro caso que el Dr. Borchadt (de Berlín) ha referido al Dr. Legueu, se trataba también de una operación renal. A consecuencia de una nefrorrafia por nefroptosis, la enferma tuvo síntomas graves — pulso débil, fiebre — que hicieron sospechar una complicación séptica. El peritoneo fué abierto durante la operación. Se abrió de nuevo la herida y se encontró en la cavidad peritoneal una gran bolsa distendida, formada por el estómago. A pesar de que se evacuó esta víscera, la enferma tardó poco en morir; al hacer la autopsia se vió que el estómago descendía hasta el pubis, sin descubrirse ni dilatación de las asas intestinales ni peritonitis.

Estos hechos interesantísimos prueban la realidad de esta complicación post operatoria, independiente de todo fenómeno infeccioso. Se trata de una acción refleja que se ejerce sobre el plexo solar, y particularmente sobre los grandes esplácnicos, y que disminuye la tonicidad del estómago, la dilatación y produce los fenómenos generales que caracterizan este síndrome solar.

Desde que se ha fijado la atención en este asunto, ha visto el Dr. Legueu

varias veces accidentes más ó menos graves, que han desaparecido con la evacuación del estómago, y siempre después de las operaciones extraperitoneales, es decir, cuya naturaleza y sitio no hacen creer que la parálisis del estómago sea consecutiva á una peritonitis incipiente ó en evolución.

El Dr. *Reynier* recordó que hace varios años, en un trabajo leído en el *Congreso francés de Cirugía*, estudió estas dilataciones agudas del estómago consecutivas á ciertas intervenciones abdominales. Demostró, citando pruebas numerosas en su apoyo, que es una complicación operatoria gravísima, contra la que poseemos por fortuna un medio tan sencillo como eficaz: el lavado del estómago. Practicado á tiempo en las primeras cuarenta y ocho horas y repetido las veces necesarias, es decir, mientras haya peligro de recidiva, produce un alivio inmediato y hace desaparecer todos los síntomas alarmantes.

Respecto á la naturaleza de estas dilataciones agudas post operatorias, cree el Dr. Reynier, lo mismo que el Dr. Legueu, que son de origen reflejo, fenómenos de índole puramente nerviosa que no tienen, á pesar de las apariencias clínicas, nada que ver con la infección. El origen del reflejo es una irritación operatoria ó post operatoria del plexo solar ó de ciertos filetes del neumogástrico. Cuanto á los síntomas presentados por los enfermos — disnea, tendencia al síncope, debilidad del pulso, enfriamiento, etc. — se explica fácilmente por la acción mecánica que ejerce el pulmón dilatado sobre los pulmones y el corazón. Ha principiado á hacer, sobre el particular, investigaciones experimentales, de las que espera sacar conclusiones decisivas.

Añadió, para terminar, que la dilatación gástrica post operatoria aguda reconoce ciertas causas predisponentes — estado nervioso especial, hiperclorhídria antigua, infección—y que en estos casos sobre todo suele adquirir una gravedad excesiva que hace los lavados ilusiorios y obliga á recurrir á la gastro-enterostomía.

Los Dres. *Routier* y *Walter* creen, en contra de los Dres. Reynier y Legueu, que estas dilataciones gástricas agudas post operatorias, indican siempre la septicemia ó la peritonitis incipiente. Sea cual fuese la teoría patógena que se invoque, el único tratamiento eficaz es el que se recomienda: el lavado del estómago.

El Dr. *Terrier* confirma la importancia de este dato práctico, lo único que debe conservarse de la discusión, porque en lo referente á la etiología de la dilatación aguda post operatoria, nada absolutamente se sabe.

El Dr. *Legueu*, después de recordar que esta dilatación se ha observado á consecuencia de operaciones asépticas extra-abdominales, se sorprende de que se invoque en estos casos la septicemia, y sobre todo la infección peritoneal. Pero aunque esto fuera cierto, ¿no es, cuando menos, curioso ver manifestarse esta septicemia únicamente por síntomas gástricos, producir la muerte sólo por el estómago ó, al contrario, curar por el simple lavado de esta víscera?

El Dr. *Quénu* cree que son innegables los casos como los referidos por el Dr. Legueu. Estas complicaciones raras de ciertas operaciones abdominales ó extra-abdominales, no pueden ser consideradas como de naturaleza infecciosa: ni la observación clínica ni los datos anatomopatológicos auto-

rizan á creerlo. Ha observado dos complicaciones de este género, que curaron por el lavado del estómago.

El Dr. *Delbet* dijo que como estos enfermos mueren sin lesiones del peritoneo y sin elevación de la temperatura, es difícil explicar los síntomas que presentan únicamente por la septicemia. Quizá muchos de estos accidentes diagnosticados *circulus vicious*, consecutivos á gastro-enterostomías, sean simultáneamente dilataciones agudas gástricas post operatorias.

Tumor (¿sarcoma?) amigdaliano. — El Dr. *Routier* presenta una joven que padecía un tumor ulcerado voluminoso de la amígdala, tumor que iba acompañado de infartos ganglionares del cuello, cuya naturaleza no puede precisar.

El Dr. *Sebileau* cree que se trata de un tumor de naturaleza conjuntiva, de un sarcoma de índole grave, y cuya ablación, fácil por lo demás, será seguida de recidiva rápida.

El Dr. *Delbet* dijo que había operado un sarcoma análogo á un anciano que vivió siete años más sin que el tumor recidivara.

Quiste hidatídico pulmonar. — El Dr. *Tuffier* presentó un hombre operado hace dos años y medio de un quiste voluminoso supurado del pulmón izquierdo. A consecuencia de la supuración (debida á una punción exploradora) fué preciso marsupializar el saco. El enfermo tardó algún tiempo en curar, y hoy le queda una fistulilla broncocutánea, que el Dr. Tuffier se propone cerrar.

Monedas deglutidas y expulsadas por el ano. — El Dr. *Hartmann* presentó dos monedas de 10 céntimos, que había deglutido una mujer y que expulsó á los cinco días por el ano, sin haber notado la menor molestia.

Los Dres. *Guinard* y *Broca* citaron casos análogos observados en niños. En el caso del Dr. Guinard, la moneda de 10 céntimos permaneció seis semanas en las vías digestivas. En uno de los casos del Dr. Broca se trataba, no de una moneda, sino de un botón de nacar.

El Dr. *Félizet* dijo que había visto un caso análogo; la moneda formó una placa obturadora por encima del ano, y fué preciso extraerla con el dedo.

El Dr. *Terrier* refirió un caso de cuerpo extraño de este género (pieza metálica pequeña y redonda), para el que las cosas no fueron tan sencillas: hubo necesidad de practicar la gastrotomía, á fin de extraer el cuerpo extraño detenido en el estómago.

El Dr. *Schwartz* dijo que había visto expulsar por el ano un trozo de dentadura artificial, con dos ganchos, deglutido tres semanas antes.

El Dr. *Monod* manifestó que había operado recientemente á un enfermo afectado de obstrucción intestinal con fenómenos de peritonitis, en el que descubrió una perforación del intestino, ocasionada por un cuerpo extraño irregular puntiagudo, un trozo de madera. El enfermo murió.

El Dr. *Félizet* recordó que, siendo interno, necesitó un día abrir un absceso de la fosa ilíaca derecha, diagnosticada de «supuración ganglionar»; en realidad se trataba de un foco peritoneal, en el que encontró una pata de cangrejo que había llegado hasta aquel sitio á través de una perforación del intestino. — (*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 28 de Noviembre de 1905.

Tratamiento de la tuberculosis por la tuberculina. — El Dr. *A. E. Wright* leyó un trabajo sobre los principios generales de la inoculación terapéutica por las vacunas bactéricas, aplicadas á la infección tuberculosa. Las infecciones bactéricas se dividen en dos categorías: local, en las que no obra la inmunización y las propiedades protectoras de la sangre son inferiores á las normales; y general, en las que la inmunización obra y las propiedades protectoras de la sangre fluctúan continuamente. En el tratamiento de las infecciones localizadas, es preciso aumentar las propiedades protectoras de la sangre y hacer que la linfa bactérica se ponga en contacto con los organismos en la infección local. En la infección general, por ejemplo, en la tuberculosis febril, hay auto-infección constante que conduce á la formación de substancias protectoras ó que ocasiona la muerte. El tratamiento consiste en la supresión, si es posible, de las auto-inoculaciones y en la inyección de vacunas bactéricas, cuando la resistencia orgánica permite abrigar alguna esperanza. La infección de toxinas en el tejido celular subcutáneo ó en el torrente circulatorio, producen en el primer caso un máximum de inmunización con un mínimo de intoxicación, y en el segundo efectos completamente contrarios.

El Dr. *David Lawson* leyó un trabajo escrito en colaboración con el doctor Struthers Stewart, y referente á la administración de la tuberculina en la tuberculosis. En este trabajo plantea y resuelve los problemas siguientes: ¿Hay diferencia entre los índices opsónicos en la sangre de las personas sanas, de las que padecen tuberculosis pulmonar y de las que la han padecido y están curadas? El Dr. Lawson presentó cuadros, en los que se indica el índice opsónico de la sangre, pertenecientes á las tres categorías referidas; estos cuadros prueban que existen dicha diferencia. ¿Tiene este hecho importancia práctica para el tratamiento de la tuberculosis? Se ha demostrado que posee un valor especial en lo referente al diagnóstico. ¿Hay diferencia en el índice opsónico en las tres clases de casos después de la inyección de la tuberculina? La estadística comparada prueba que, en efecto, existe dicha diferencia. ¿Es posible utilizar este dato para el diagnóstico y el tratamiento? Se ha demostrado que tiene un valor material en los dos, pero sobre todo en el tratamiento. ¿La fase negativa que sigue á las inyecciones de tuberculina, puede reconocerse por algún método más sencillo que la comprobación regular del índice opsónico? En 160 casos se han observado las diferencias de la temperatura, del pulso y de la respiración en relación con las modificaciones del índice opsonómico. El aumento de la temperatura se observó en menos de la mitad de los casos de tuberculosis, después de la inyección de tuberculina, observándose, en cambio, en todos una fase negativa en la sangre. El Dr. Lawson encareció la importancia de la falta de inoculación durante la fase negativa. El empleo de la tuberculina produce al parecer, no sólo un número mayor de curaciones, sino que previene también en gran extensión las recaídas.

El Dr. *W. Bulloch* leyó otro trabajo sobre el tratamiento de la tuberculosis por la tuberculina, en el que expuso los resultados de su experimento con la tuberculina R. Examinó primero el índice opsónico en 84 personas sanas, y comparado con el suyo propio tomado como unidad, ha visto que varió entre 0'8 y 1'2, siendo el término medio 0'96. En 150 casos de lupus, el índice opsónico medio fué de 0'75, y varió entre 0'2 y 1'4; en el 75 por 100 de los casos, dicho índice fué inferior al límite normal, más bajo de 0'8. Ha visto que los mejores resultados se obtienen con el método de Finsen, cuando el índice opsónico está comprendido en los límites normales ó los supera. En 11 casos de tuberculosis quirúrgica, el índice inferior fué de 0'3 y el superior de 0'8. En 14 casos de tuberculosis curada en los sanatorios, el límite inferior fué de 0'4 y el superior de 0'86. El límite muy bajo ó excesivamente alto indica la infección probable. No existe relación alguna entre las opsoninas tuberculosas con la leucocitosis de la infección. En casi todos los casos de inoculación, se observó una fase negativa. De 11 casos de tuberculosis perfectamente localizada, tratados con la nueva tuberculina, cinco curaron al parecer, cuatro experimentaron una gran mejoría, en uno el tratamiento no fué tolerado, y uno murió, á pesar de la tuberculina.

(*British Med. Journal*). — F. Toledo.

LXXVII CONGRESO DE NATURALISTAS Y MÉDICOS ALEMANES

Celebrado en Meran los días 24 al 30 de Septiembre de 1905.

(Continuación).

Colpoceliotomía. — El Dr. *Ziegenspeck* afirma, contra Pfannenstiel, que el peligro de recidiva por contaminación, que en la laparoceliotomía ya es pequeño, es menor aún en la colpoceliotomía, porque al pinchar el tumor, éste lo mismo se puede sacar fuera de la herida peritoneal en un caso que en otro. La superioridad de la incisión vaginal sobre la de la fascia es indiscutible. Cuéntanse también entre sus ventajas la facilidad del desagüe y de poder volver á abrir la herida en los casos de fiebre y de desinfectar ulteriormente el campo operatorio por medio de lavados. Las excreciones y secreciones se acumulan en el espacio de Douglas. El autor prefiere la colpotomía posterior, ó sea una incisión en T, en la que la rama transversal está encorvada y es paralela al cuello uterino. Por lo general, empieza con una incisión longitudinal en la bóveda vaginal posterior y dirigida hacia el cuello, que se atraerá adelante y arriba. De este modo se consigue rápidamente la abertura del peritoneo. Después se introduce el dedo en el ondo de saco y se prolonga la incisión longitudinal hasta el extremo del mismo, á fin de evitar espacios muertos. Seguidamente se hace por medio de una tijera, á derecha é izquierda, una incisión cóncava y transversal hacia la porción vaginal del cuello. Para cohibir la hemorragia, que suele ser abundante, se recomienda proceder en el acto á coser la herida peritoneal con la vaginal. De un modo análogo procede, *ceteris paribus*, en la bó-

veda vaginal anterior, incisión que considera el autor como muy recomendable para evitar las lesiones de los uréteres. El autor aconseja practicar las operaciones peritoneales desde la vagina.

Estudios sobre la fiebre amarilla. — El Dr. *R. O. Meyer* da cuenta de los estudios que Otto y él han hecho en el Brasil, como comisionados del Instituto Hamburgués de higiene tropical. Las investigaciones bacteriológicas que se han practicado han resultado todas ellas infructuosas. El transmisor de la fiebre amarilla es el *stegomia*, que sirve de huésped intermedio al mosquito. Los individuos expuestos á la acción del *stegomia* enferman todos ellos de fiebre amarilla; los preservados de la picadura del mosquito quedan libres de la enfermedad. En Rio, v. gr., cuidan las autoridades sanitarias de hacer inofensivos los mosquitos, con arreglo á un plan determinado, en los aguazales de las calles y dentro de las casas. Existe un servicio muy riguroso de policía sanitaria, y se han instalado puestos de asistencia médica. Tan pronto como se da parte de un caso de fiebre amarilla, sale del puesto más próximo un coche con médico y enfermero y otro para conducir al enfermo. El médico investiga si el enfermo puede quedarse en su casa; en caso afirmativo, cuida de que se aisle al enfermo y hace fumigar la habitación; en el caso contrario, se lleva al enfermo al hospital destinado á este efecto. Con medidas bien dirigidas y cumplidas con rigor, se podrán detener los progresos de la enfermedad.

Colelitiasis.—El Dr. *Fink* (de Karlsbad) da noticia de 385 casos de colelitiasis que han sido tratados en Karlsbad. En 16 enfermos no se logró ningún resultado; muertes no hubo más que una por pulmonía intercurrente. En 87 casos se consiguió que la enfermedad se hiciera latente. La indicación operatoria debe circunscribirse á los casos en que las molestias son continuas, á los de empiema y á los de oclusión crónica del colédoco.

Afecciones del páncreas. — El Dr. *Guleke* (de Berlín) halló en sus experimentos que la intoxicación con la tripsina debe ser considerada también en el hombre como causa de muerte en los casos mortales de afecciones pancreáticas.

El Dr. *Kuttner* refiere que en una mujer de sesenta años que cayó enferma con síntomas de íleo, estableció el desagüe del páncreas, que había experimentado la degeneración del tejido adiposo, con lo cual se dió salida al exterior á los productos de destrucción de dicha víscera y se salvó la paciente.

Desmenuzamiento espontáneo de cálculos.—El Dr. *José Englisch* (de Viena) dice que así como los cálculos de ácido úrico ó de uratos se deshacen en forma específica, los constituídos por otras substancias rara vez se desmenuzan y no lo hacen con dicha regularidad. La forma de los fragmentos característicos se revela ya en la formación de los cálculos por agrupación de cristales y en sus intersticios á manera de segmentación; estas particularidades se ponen más de manifiesto posteriormente al presentarse grietas y fisuras. El núcleo está separado de las demás capas por otra intermedia de urato amónico ó de líquido mucoso, que también rellena las grietas y fisuras. Segun esto, el desmenuzamiento espontáneo de los cálculos es una particularidad propia de los cálculos úricos ó de las asociaciones de éstos con otras substancias litógenas. En estos últimos es muy raro que el des-

menuzamiento se verifique de modo que los fragmentos presenten los caracteres propios del desmenuzamiento espontáneo. Los oxalatos se fragmentan á veces, pero los fragmentos nunca presentan regularidad. La forma de los fragmentos de los cálculos úricos se revela ya en la agrupación de los cristales, ó sea de los elementos que componen el cálculo, puesto que por muy pequeños que sean los fragmentos, ya se encuentra en ellos la segmentación. La forma segmentaria de los fragmentos constituye su propiedad más importante.

La segmentación da á conocer los hechos siguientes: *a*) el núcleo está separado siempre de las demás capas por una más floja de urato amónico ó por un líquido mucoso, y ésta es la causa de que al partir el cálculo se desprenda con mucha facilidad; *b*) esta capa envolvente se continúa bajo la forma de estrías que se dirigen del núcleo á la periferia y que vienen á formar grietas y fisuras radiadas, cuyo extremo más ancho se encuentra en el núcleo y el estrecho en la periferia; *c*) la existencia de estas grietas y fisuras es la causa primordial del verdadero desmenuzamiento espontáneo; *d*) las grietas y fisuras pueden comenzar también en otras capas del núcleo.

El desmenuzamiento espontáneo de los cálculos se observa casi siempre en los de forma aplanada. Para que una acción mecánica pueda deshacer un cálculo, es preciso que las grietas y fisuras tengan tal importancia, que los segmentos de la piedra queden separados entre sí por surcos muy anchos y que estos surcos estén ocupados por una substancia poco consistente (líquido mucoso); de todos modos, hace falta que la causa mecánica tenga cierta intensidad. La acción de una causa química se puede explicar por disolución, sin aumento de volumen de la substancia intermedia que rellena los surcos y las grietas; para ello es preciso que las fisuras y grietas lleguen hasta la superficie y estén expuestas al contacto inmediato de la orina. Esta manera de deshacerse los cálculos cabe seguramente en lo posible, pero hasta ahora no se sabe de ningún hecho positivo que la confirme. La mejor explicación del desmenuzamiento espontáneo de los cálculos es la teoría quimicomecánica que queda expuesta; dicha acción obra siempre del centro á la periferia.

Tratamiento de la litiasis vesical.—El Dr. *Preindlsberger* (de Sarajewo) dice que en los casos de litiasis vesical, la operación preferible es la litotricia; sólo en determinados casos habrá que apelar á la talla hipogástrica; de los métodos quirúrgicos, prefiere la talla perineal. Es partidario de la anestesia espinal en las operaciones de la vejiga, pero no cuando el enfermo es un niño. Ha renunciado á la estovaína, y en cambio, prefiere la tropacocaína.

Valor de la prueba de la floridzina. — El Dr. *Leichtenstern* manifiesta que, según su experiencia, el método de la floridzina como medio de averiguar el estado de salud ó enfermedad del riñón, es de un valor dudoso é inseguro, y que, por lo tanto, para establecer la indicación de una intervención operatoria en el riñón, no debemos fundarnos en semejante prueba.

El Dr. *Katz* se expresa en el mismo sentido.

Tuberculosis renal.—El Dr. *Zuckerkandl* (de Viena) manifiesta que en los casos de tuberculosis renal primitiva, extirpa el ureter cuando está enfermo; para ello, traza una incisión á lo largo de la cresta ilíaca, que se pro-

longa si es preciso hasta la sínfisis. Según su experiencia, la tuberculosis vesical méjora con la extirpación del riñón. No practica la prostatectomía perineal más que en los casos en que la enfermedad está muy avanzada; pero cuando lo ha hecho, siempre ha obtenido un resultado funcional muy satisfactorio.

Causas de la menor mortalidad del niño al nacer. — El Dr. *Krönig* (de Freiburgo) opina que la mortalidad menor del niño al nacer, que se viene observando, se debe á que se emplea más á menudo el forceps en el período de expulsión, abandonándose las indicaciones escolásticas. Debe apelarse á la operación cesárea vaginal aunque no esté completamente dilatado el cuello uterino, y en los casos de placenta previa, de eclampsia y de prolapso irreductible del cordón. En los casos de pelvis estrecha en que está aséptico el conducto genital, es preferible la operación cesárea al parto prematuro artificial y á la versión profiláctica; si el conducto genital está infectado ó se sospecha semejante infección, se procederá á la perforación.

El Dr. (en Derecho) *Calcer* (de Estrasburgo) manifiesta su deseo de que en lo sucesivo se consignen en las leyes reglas de carácter positivo, tales como la de que no se extraiga ni mate el feto, para disminuir los peligros que corre la madre ó para preservar su salud, y que sólo se permitan tales actos para salvar la vida de la madre; según esto, la perforación estará permitida tan sólo en aquellos casos en que con otras operaciones se pueda ocasionar la muerte de la madre. El consentimiento de ésta no habrá de ser preciso para la operación cesárea, pero sí para el aborto artificial ó la perforación.

El Dr. *Baisch* (de Tubinga) condena la versión profiláctica y el parto prematuro artificial, á causa de sus malos resultados.

El Dr. *Martin* (de Grefswald) pone en duda el valor de la estadística.

El Dr. *Zweifel* (de Leipzig) propone que se busque un medio de que el médico quede á cubierto de reclamaciones de daños y perjuicios; debe tener permiso para operar, pero no para la manera de hacerlo.

El Dr. *Strassmann* (de Berlín) opina que no hay necesidad de que se consignen en el Código penal disposiciones especiales.

Tratamiento de los miomas. — El Dr. *Martin* (de Greifswald) dice que los resultados obtenidos con las operaciones conservadoras de los miomas son casi iguales que los alcanzados con los métodos radicales; sin embargo, se inclina más al método conservador, dada la gran importancia psíquica que tienen la conservación de la función menstrual y la posibilidad ulterior de una concepción.

El Dr. *Krönig* (de Freiburgo) manifiesta que cuando la mujer no ha llegado á los cuarenta años, prefiere el método conservador; después de dicha edad, prefiere el radical.

La secreción de la leche y las substancias grasas.—El Dr. *Engel* (de Dresde) opina que hay que abandonar la teoría de Freund-Virchow relativa á la secreción láctea; la grasa de la leche proviene de la del cuerpo ó de la de los alimentos que toman parte permanente en la elaboración de dicha grasa. De aquí que mientras ciertas substancias, como el bromo y el yodo, pasan á la leche, la yodipina y la grasa teñida con rojo Sudan pasan á la grasa de la misma.

Biblioteca de la "Revista de Medicina y Cirugía prácticas,,

ENCICLOPEDIA

DE

TERAPÉUTICA

ESPECIAL DE LAS ENFERMEDADES INTERNAS

Publicada bajo la dirección de los Profesores

DR. F. PENZOLDT Y DR. R. STINTZING

DE ERLANGEN DE JENA

El notable desarrollo que ha adquirido la Terapéutica en la segunda mitad de nuestro siglo, justifica el deseo de presentar una exposición completa de las materias que comprende tan notable obra.

El médico práctico, que está experimentando á cada paso la necesidad de dominar en lo posible todas y cada una de las ramas de la Terapéutica, tiene que acoger muy favorablemente una obra como ésta, cuyo objeto es ponerle al corriente del estado actual de la Ciencia en estas cuestiones, ya que, de lo contrario, siempre que desee imponerse acerca de las mismas, se verá obligado á andar rebuscando entre los distintos libros y Revistas que tiene á mano.

Esta *Enciclopedia* es una exposición acabada y completa de todos los medios que se emplean para el tratamiento de las enfermedades internas y el de las que tienen con ellas más afinidad, tales como las cutáneas, las de los órganos sexuales y las mentales. Por lo tanto, no sólo se trata en ella de los medios terapéuticos que pertenecen á la Medicina interna, en el sentido rigoroso de la palabra, sino que también

se estudian extensamente los medios terapéuticos, de carácter quirúrgico y especialista, que se relacionan con ella, tales como nos los suministran la *Cirugía general*, en primer término, y además la *Dermatología*, la *Ginecología*, la *Laringología*, la *Oftalmología*, la *Otiatría* y la *Psiquiatría*.

Mas á la vez que se ha cuidado de que abarque muchos puntos, se procura que sean expuestos de un modo fundamental, y á fin de que llene cumplidamente su papel de verdadera y completa *Enciclopedia*, se han esforzado sus autores en que en sus consejos terapéuticos no se eche nunca de menos ningún punto relativo á los mismos. No es que se aspire á hacer una descripción histórica de todos los medios curativos que se hayan empleado contra las numerosas dolencias que estudia la Medicina interna, sino que se ha puesto particular empeño en dar á conocer aquello que se debe ó puede hacer, según el estado actual de nuestra ciencia en lo relativo á la profilaxia, terapéutica y cuidado de los enfermos. Y no sólo se estudia *lo que hay* que hacer en cada afección, sino *cómo* hay que hacerlo; es decir, que se desciende á detallar con qué objeto se aplica un medio curativo determinado, por cuánto tiempo y con qué esperanza de éxito.

Como quiera que no es posible formarse clara idea del tratamiento de una enfermedad, ni describirlo de una manera práctica y científica sin conocer bien la causa, naturaleza y demás circunstancias del estado morboso en cuestión, precede á la parte terapéutica una exposición sucinta de la patología de las enfermedades internas y de aquellas que más se relacionan con ellas.

Para poder satisfacer á las múltiples condiciones que ha de reunir esta *Enciclopedia*, ha sido necesario apelar al concurso de un gran número de colaboradores elegidos entre los más competentes de los que se dedican á las distintas ramas de la Terapéutica, y se ha cuidado al propio tiempo que éstos trabajen de mútuo acuerdo en aquellos asuntos que exigen comunidad de pensamiento.

De cómo los autores han conseguido llevar á cabo su cometido, lo prueba bien á las claras los favorables juicios críticos que ha publicado la prensa médica, acerca de esta obra sin

rival en Terapéutica y la acogida que ha tenido tanto en Alemania como en España, donde son contados los médicos que no conocen la obra de Penzoldt y Stintzing.

Para dar una idea ligera de esta verdadera *Enciclopedia de Terapéutica* de imprescindible necesidad para todo médico práctico, copiamos á continuación las materias tratadas en cada tomo:

TOMO I. — **Enfermedades infecciosas.**
TOMO II. — **Intoxicaciones.**
TOMO III. — **Enfermedades del aparato respiratorio y circulatorio.**
TOMO IV. — **Enfermedades del aparato digestivo.**
TOMO V. — **Enfermedades del aparato locomotor y del sistema nervioso.**
TOMO VI. — **Enfermedades del sistema nervioso y mentales.**
TOMO VII. — **Enfermedades venéreas y cutáneas.**

Esta importantísima obra, única en su género, forma **SIETE** voluminosos y elegantes tomos en 4.°, esmeradamente impresos y con multitud de grabados en el texto. El número total de páginas es de **6.282.**

PRECIO: 120 PTAS. Y 136 EN PASTA ESPAÑOLA

Los pedidos, *previo pago anticipado*, á la Administración de la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS, Preciados, núm. 33, bajo. MADRID.

☞ **Los que adquieran esta obra directamente en la Administración, Preciados, 33, bajo, Madrid, recibirán** *gratis*, **durante un año, la** *Revista de Medicina y Cirugía prácticas.*

Obsequio á nuestros suscriptores

Deseando satisfacer los deseos expresados por muchos suscriptores de poseer un *Tratado de Terapéutica* reflejo fiel de la ciencia actual, hemos decidido publicar en castellano la notabilísima obra del Dr. Ide, Profesor de la Facultad de Medicina de Louvain, obra publicada en Bélgica hace pocos meses y que, á nuestro juicio, reune como ninguna las condiciones exigidas.

Esta obra, que se halla en prensa, contiene las últimas adquisiciones terapéuticas y el médico más exigente nada echará de menos en ella, porque el Dr. Ide no sólo hace una descripción magistral de los medicamentos más modernos, sino que describe con una sencillez y claridad admirables, su acción fisiológica y terapéutica, sus indicaciones y contraindicaciones, sus dosis, en una palabra, todo lo necesario para resolver un problema terapéutico.

Deseando corresponder al constante favor que nos dispensan nuestros suscriptores, regalaremos esta importantísima obra á todos los que, durante el primer semestre de 1906, renueven su suscripción por todo el año y á los que se suscriban de nuevo por el mismo tiempo.

A fin de evitar extravíos, los suscriptores de provincias que deseen recibir la obra directamente, deben remitir **una peseta** *para gastos de correo.*

Además, los suscriptores de la REVISTA *tienen derecho á grandes rebajas en las obras de nuestra* BIBLIOTECA.

MADRID. — Imprenta y Librería de NICOLÁS MOYA, Carretas, 8, y Garcilaso, 6.

El Dr. *Eppstein* refiere que desde hace mucho tiempo administra grasa á las nodrizas para que mejore la leche.

El Dr. *Camerer* opina que la proporción de grasa se conserva constante en la leche durante toda la época de la lactancia.

El Dr. *Hecker* dice que la nacionalidad de la nodriza no influye en la lactancia.

Los Dres. *Escherich* y *Engel* insisten en que precisamente á las mujeres que tienen malas glándulas mamarias es á las que se debe exhortar enérgicamente á que críen.

Responsabilidad legal de los morfinistas. — El Dr. *Kaan* (de Meran) opina que los grados ligeros de morfinismo no afectan á la responsabilidad civil; en cambio, el uso continuado de la morfina puede dar origen á la *moral insanity*.

El Dr. *Strassmann* (de Berlín) insiste mucho en que puede originarse un estado de absoluta irresponsabilidad. Lo que se observa más comunmente es el hábito de mentir, la manía de comprar, los defectos en la memoria y los trastornos alucinatorios.

El profesor *Calker* (de Estrasburgo) entiende que el Código penal debiera modificarse en el sentido de que el Juez pueda sentenciar que un morfinista es peligroso para la sociedad y disponer su ingreso en un Sanatorio.

El Dr. *Kratter* (de Graz) aboga por la creación de manicomios coreccionales, donde pueden también llevarse los morfinistas.

El Dr. *Windscheid* (de Leipzig) insiste en la gran analogía que hay entre los trastornos mentales de los morfinistas y los de los tabéticos.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). —R. DEL VALLE.

(*Continuará*).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 20 de Octubre de 1905.

Producción experimental de tuberculosis cutánea. — El Dr. *Rodolfo Kraus* da cuenta de las investigaciones que han hecho Kreis y él con objeto de obtener expimentalmente la tuberculosis cutánea. Además, presenta las preparaciones respectivas.

El material primitivo procede de un mono (macaco) que, inoculado con virus sifilítico, presentó una lesión primitiva típica, y al cabo de algunas semanas un exantema pustuloso en la piel del tronco. Se buscaron los espirocetes, pero sin resultado. Del producto de dicha lesión se inocularon monos sanos por medio de escarificaciones en el párpado superior. A los dieciséis días apareció una pápula de color rojo lívido, dura, y que fué aumentando de tamaño; más tarde aparecieron en la vecindad, en los ganglios linfáticos respectivos, y por último, en toda la mitad de la cara, pápulas mayores y menores. Inoculando material procedente de estas pápulas en zonas sanas de la piel del mismo mono, se obtuvo resultado positivo. El examen histológico de las pápulas de los dos primeros monos reveló

la falta de espirocetes y la presencia de bacilos tuberculosos. Según esto, en el mono primero no se trataba de una sifílide cutánea general y secundaria, que hasta ahora nunca se había observado en los monos inferiores, sino de una tuberculosis cutánea del mono, de la que no se tenía conocimiento hasta la fecha. Con esto es muy posible que se puedan estudiar experimentalmente diversos problemas relacionados con la tuberculosis cutánea del hombre que no han sido resueltos todavía.

El Dr. *Gustavo Riehl* hace notar que el resultado que se ha obtenido en el mono con la inoculación cutánea es semejante, pero no idéntico, á los tipos que conocemos de tuberculosis cutánea humana; sobre todo, no se parece en nada á la tuberculosis cutánea que se produce en el hombre por inoculación (tuberculosis verrugosa de la piel), ni tampoco á la tuberculosis miliar cutánea.

El Dr. *Salomon Ehrmann* hace observar, por el contrario, que en casos raros, v. gr., en dos observados por él, no había ninguna semejanza en los sitios inoculados, pero sí en el curso ulterior de la afección.

Contractura congénita de la muñeca.—El Dr. *Max Haudek* presenta un niño de dos años y medio que tiene contractura congénita de la muñeca (sin defecto óseo), mano contrahecha y pié equino varo, á la vez que otros defectos congénitos: estrabismo, globos oculares muy pequeños y nistagmus. Como circunstancias etiológicas, hay que hacer constar la herencia (aspecto análogo del padre) y la escasez del líquido amniótico. El autor cree que la causa de la deformidad es principalmente una afección cerebral. Sin embargo, el grado considerable que alcanzan las contracturas es consecuencia de la compresión sufrida en el interior del útero.

Sensaciones sensoriales é imágenes recordadas — El Dr. *Victor Urbantschitsch* comienza dedicando algunas palabras á las sensaciones acústicas consecutivas, acerca de las cuales ya disertó en el año 1881. Nuevas investigaciones han demostrado que el tono de la sensación acústica subjetiva puede diferir, cualitativamente, del que sirve de prueba, de suerte que su número de vibraciones resulta mayor ó menor que el de las de este último. Otras investigaciones han demostrado la particularidad de que ciertos detalles que no se han observado en la primera impresión sensorial, se aprecian en la imagen consecutiva. El autor ha observado este hecho no sólo en las imágenes ópticas consecutivas, ya bien conocidas, sino también en las sensaciones consecutivas acústicas, gustativas, táctiles y térmicas. Ha observado, además, el autor que las sensaciones térmicas, tanto las primitivas como las consecutivas, es muy frecuente que excedan en extensión á la de la zona á que se había aplicado el excitante térmico. Exámenes comparativos hechos con cuerpos fríos y calientes han revelado que es muy frecuente que las sensaciones de calor y de frío se extiendan en dirección opuesta; en ocasiones, aun tratándose de la misma sensación térmica, cambia la dirección de dicha difusión según la zona del cuerpo á que se ha aplicado el excitante respectivo. La dirección en que se difunde la sensación de calor ó de frío en una persona determinada, puede ser influída por diversos agentes térmicos, aunque éstos obren en puntos muy distantes. En el brazo se consigue hacer variar la dirección en que se extienden las sensaciones térmicas bajándolo ó subiéndolo.

Otras particularidades muy notables que se observan en las sensaciones térmicas, son las siguientes: la excitación concomitante de las sensaciones térmicas que se observa en los primitivos puntos de aplicación con un movimiento de temperatura y la influencia que una sensación térmica consecutiva es capaz de ejercer sobre la sensación térmica en otras partes del cuerpo.

También las diversas sensaciones gustativas pueden difundirse sobre la lengua en varias direcciones, observándose que cada zona gustativa suele presentar una dirección determinada de difusión.

El autor ha practicado igualmente investigaciones sobre la localización de las imágenes ópticas consecutivas en la visión monocular y en la binocular. Dichas imágenes aparecen generalmente dislocadas á la derecha cuando se mira con el ojo derecho y á la izquierda con el izquierdo; en cambio, con la visión binocular se localizan en el centro de la cabeza. Además, cada color suele presentar una imagen consecutiva de otra forma y situada en zona distinta.

Estudia después el autor las imágenes recordadas, tanto acústicas como ópticas, que rara vez nos aparecen como alucinaciones, siendo lo más frecuente que trascurran de un modo inconsciente y que únicamente se hagan ostensibles cuando se procura que no obre ninguna otra impresion sensorial. Son muy singulares los hechos observados en los individuos muy sordos por lo que se refiere á las imágenes acústicas recordadas.

Las observaciones recogidas por el autor respecto á la recordación de imágenes, se pueden interpretar suponiendo que las diferentes influencias sensoriales despiertan una actividad reproductora en la parte correspondiente del cerebro, actividad que en su mayor parte es inconsciente, pero que de cuando en cuando se acentúa hasta adquirir la intensidad de una percepción sensorial. De este modo pueden reproducirse impresiones sensoriales á las que no se había prestado antes ninguna atención ó que quizá no habían llegado á la categoría de sensaciones conscientes. Así resulta de los hechos observados en los sordos.

Según el autor, la continuación inconsciente de la actividad cerebral en el sentido del impulso recibido, no se limita al dominio de las impresiones sensoriales. Sirvan de ejemplo, entre otros, los fenómenos de sugestión, el hecho de despertar á una hora pensada de antemano, la recordación súbita de un objeto que hasta aquel momento habíamos tratado en vano de traer á la memoria, la seguridad que de pronto adquirimos acerca de ideas en cuyo recuerdo estábamos vacilando, la mayor facilidad con que se sigue una sucesión de ideas al empezarla á recordar, el hecho de ocurrírsenos de pronto una expresión que antes queríamos recordar en vano, ó bien una consecuencia determinada, siendo de advertir que con ello hay casos en que hasta se interrumpe por completo otra ilación de ideas completamente distinta.

Como ejemplo notable de la continuación inconsciente del acto mental, refiere el autor dos observaciones, de las cuales una de ellas se refiere al profesor Fleischl, quien durante una noche se le vino á la mente una fórmula matemática, que más tarde vió que resolvía un problema en el que había estado trabajando en vano hasta entonces; la otra observación se

refiere á un físico que también había estado mucho tiempo entretenido en la solución de un problema físico sin haberlo podido resolver, hasta que por fin encontró la solución en un ensueño.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la neumonía. — El Dr. Brem divide los casos de neumonía en benignos y graves. En los primeros, el agente tóxico obra al aparecer, como estimulante cerebro-espinal y del miocardio. En los graves, los resultados son, según parece, debidas á la excitación exagerada ó á la debilidad y extenuación consecutivas. La muerte en la neumonía es debida á la insuficiencia respiratoria que termina por asfixia ó por parálisis del centro respiratorio; ó á la insuficiencia circulatoria que origina la acumulación del agente tóxico, y es capaz de producir el edema de los pulmones ó la extenuación del miocardio.

Las indicaciones son eliminar el agente tóxico y modificar su influencia nociva. La primera se llena por medio de la hidroterapia interna. Respecto á la segunda deben hacerse varias subdivisiones. 1.ª Es preciso moderar la fiebre por la hidroterapia externa; el dolor puede combatirse con la aplicación de una vejiga llena de hielo y con los analgésicos; la agitación, el insomnio y el delirio pueden tratarse por la hidroterapia externa, los analgésicos y los narcóticos. 2.ª Si el número de respiraciones por minuto es 36 ó más, debe administrarse la morfina cada dos horas. La inhalación de oxígeno es probablemente inútil y hasta perjudicial. 3.ª Los sedantes circulatorios están contraindicados, excepto los nitritos, que son quizá útiles en los primeros períodos de aumento de la actividad cardíaca. El alcohol está indicado en los enfermos alcohólicos y puede ser útil cuando hay insuficiencia circulatoria. Los estimulantes circulatorios están contraindicados, excepto algunos de la familia de la digital. La indicación es disminuir la presión sanguínea y corregir algunas de las condiciones siguientes: insuficiencia respiratoria, deficiencia urinaria y edema pulmonar.—(*The New. York. Med. Journal*, 18 noviembre 1905).—R. del Valle.

Estado de la piel en la neumonía. — El Dr. A. H. Gregson, cree que el estado de la piel en la neumonía tiene una importancia grandísima para el pronóstico. En la neumonía lobular está seca, y húmeda en cambio, al menos en la axila y en la ingle, en la variedad lobulillar. En otras palabras, cuanto más seca está la piel, más probabilidades hay de que la temperatura termine por crisis.

(*British Med. Journal*, 2 diciembre 1905). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA COLELITIASIS

CÓLICOS HEPÁTICOS Y PERICOLECISTITIS

POR EL

DOCTOR D. JUAN MADINAVEITIA

Médico de número, por oposición, del Hospital provincial de Madrid.

En estos últimos años han cambiado mucho las ideas que dominaban respecto á la interpretación de los cólicos hepáticos y se inicia el estudio importantísimo de la pericolecistitis, que representa un papel tan interesante como el de la apendicitis, con la cual tiene muchos puntos de semejanza.

Siempre ha llamado la atención de los que hacen autopsias, el gran número de individuos que tienen su vesícula biliar llena de cálculos, sin que durante la vida hayan padecido cólicos hepáticos. En los Asilos de incurables y de ancianos, es donde mejor se ha podido comprobar esto. En estos últimos años se han publicado muchas historias de expulsión de gran cantidad de cálculos hepáticos, sin que se hayan presentado cólicos. Uniendo á estas historias las de los individuos que padecen cólicos hepáticos, y que al ser operados durante el cólico se ha visto que no tenían ningún cálculo que estuviera recorriendo las vías biliares, se ha llegado á la hipótesis de que los cólicos hepáticos no son producidos por la emigración de los cálculos. Los casos de cólico hepático bien definido, en los cuales no se encuentran cálculos en las heces, parecen confirmar esta hipótesis. Sabido es que se trataba de explicar estos casos, diciendo que los cálculos producían el cólico al iniciar su entrada en el conducto cístico, y que si no lo podían recorrer por su volumen exagerado, volvían á caer en la vesícula y terminaba el cólico sin que se pu-

diera encontrar el cálculo en las heces. Era esta una teoría completamente arbitraria.

Hoy suponen muchos que el cólico hepático representa simplemente una inflamación de la vesícula biliar que se presenta en los que tienen cálculos y que la fiebre es producida por esta inflamación, y la ictericia, por la propagación de la inflamación á las vías biliares ó por compresión del colédoco por la vesícula distendida. Parece indudable que en muchos casos pasan las cosas de esta manera; pero hay cólicos hepáticos que están tan en armonía con la teoría clásica de la emigración del cálculo, que es violento admitir que no sea el cálculo el productor del cólico, sobre todo, cuando se presenta de pronto el bienestar y en la primera deposición que sigue á la calma se encuentra el cálculo.

Es posible que el cólico se produzca en algunos casos por la distensión é inflamación de la vesícula y en otros por la emigración del cálculo.

Yo no he de referir ninguno de los casos vulgares, pero sí algunos interesantes:

1.° Se trata de una señora soltera, de cuarenta y dos años, qué empezó á tener una fiebrecilla que no excedía nunca de 38°,5. Duraba el recargo de cuatro á ocho horas é iba precedida de un ligero escalofrío, y mientras tenía fiebre estaba un poco excitada. Después de seis ú ocho días de reconocimientos, que no daban ninguna luz, mandé que me guardaran las heces y encontré dos cálculos hepáticos; duró la fiebre sesenta y cuatro días y expulsó 49 cálculos desde el día en que vimos los primeros. Nunca tuvo náuseas, dolor á la presión ni espontáneo; tampoco se observó el más ligero tinte ictérico.

En este caso busqué los cálculos, por la frecuencia con que he visto producirse fiebres inexplicables, que encuentran por fin su explicación en las vías biliares.

La hipótesis de la inflamación de la vesícula biliar, como causa de los cólicos hepáticos, nos explica los numerosos casos de pericolecistitis que todos vemos con tanta frecuencia y que se comprenden muy bien, si se asiste á su desarrollo; pensando que se trata de una peritonitis parcial muy semejante á la apendicitis, pero que tiene algunos caracteres diferenciales que estudiaremos más adelante.

Me habían llamado la atención muchos casos propios y algunos casos ajenos que había oído referir; pero el único trabajo impor-

tante que yo he encontrado sobre esta materia, es un artículo muy documentado que publicó Fleiner hace cinco años en el *Münchener Medizinische Wochenschrift*, con el título *Ueber Gallenblasenentzundungen und davon abhängige Magendarmstörungen.*

Decimos que esta pericistitis es muy semejante á la apendicitis, y como ella puede ser de muy poca intensidad ó de mucha. Tanto la fiebre como los síntomas generales son iguales, pero tienen caracteres diferenciales.

Casi siempre empieza la pericolecistitis por inflamación de la vesícula, y es raro el enfermo que no cuenta que comenzó su afección por un cólico hepático más ó menos fuerte. Como la peritonitis parcial que se desarrolla es en parte diafragmática, casi siempre tienen *hipo.*

El *dolor* espontáneo varía en intensidad lo mismo que en la apendicitis y se propaga muchas veces al lado derecho; á veces al omoplato y aun al hombro.

La *tumefacción* y el dolor á la presión son menos acentuados que en la apendicitis, lo cual no puede extrañarnos sabiendo que la vesícula no toca á las paredes abdominales más que en su fondo, y que es casi imposible tocar bien debajo del hígado en los casos en que hay dolor; porque la presión tiene que ser muy fuerte. A pesar de estas dificultades yo nunca diagnostico la pericolecistitis sin tocar empastamiento ó tumefacción sobre el fondo de la vesícula.

La peritonitis que se hace alrededor del apéndice es perfectamente palpable en toda su extensión y, á pesar de esto, todo el que haya asistido muchas apendicitis, habrá podido comprobar que, en algunas, la pastosidad es muy pequeña durante todo el curso del mal; en otras se forma un bloque enorme desde el principio y sigue durante todo el ataque, y por último, que hay otras en las cuales cambia extraordinariamente de unos días á otros, lo cual no tiene nada de particular cuando se conocen los elementos que entran á formar parte de ese bloque. No debe extrañarnos, por lo tanto, las diferencias que se observan por la palpación en los casos de pericolecistitis.

Es un hecho que se presenta en muchos casos de pericolecistitis, la *albuminuria*, y en los casos graves he observado varias veces la *uremia*, aun cuando no haya habido rotura de la vesícula ni formación ostensible de pus.

2.° Un hombre de cuarenta y siete años que había sufrido muchos cólicos hepáticos durante cuatro años, me llamó para asistirle en

uno más; pero en vez de ceder como los otros, se presentó al tercer día una fiebre de 39°,6 que osciló en los días siguientes entre 37°,8 y 39°,4. Siguió el dolor con menor intensidad y se irradiaba al hombro derecho. No había ictericia, pero se notaba pastosidad en el borde anterior del lóbulo derecho del hígado, que estaba muy doloroso á la presión. En el quinto día, lengua muy seca. Se analiza la orina y tiene albúmina, cilindros hialinos, muchos glóbulos blancos y algunos rojos. Se pudo notar muy bien durante el sexto día, el roce peritoneal á la altura del ombligo. Desde el principio tuvo vómitos; desde el tercero, hipo. El día sexto pasaron las pulsaciones de 106 á 124; por la noche Cheyne-Stokes. Muerte en el día octavo con uremia y peritonitis. En los tres últimos días orinó de 200 á 350 cent. cúb. En los dos últimos días parecía haber aumentado de volumen aún más el hígado.

3.° Una señora de cincuenta y cuatro años, que no había sufrido de cólicos hepáticos, pero que tiene 14 hijos (todos conocen la frecuencia con que padecen colelitiasis las embarazadas), empezó á tener fiebre de tipo remitente y lengua seca. Se analizó su orina y se vió que tenía albúmina, muchos glóbulos rojos y cilindros granulosos. Se creyó que se trataba de una nefritis aguda. Pasaron varios días, mejoró de su orina, se humedeció la lengua y persistía la fiebre. Se vió su excremento y se encontraron cuatro cálculos de colesterina. Desapareció lo de la orina, pero continuó la fiebre y el malestar durante seis meses, en los cuales arrojó 150 cálculos. Después de esto se quedó bien. Nunca tuvo cólico hepático.

Este caso ofreció una pastosidad muy ligera y dolor á la presión en la región de la vesícula. Yo creo que padeció una pericolecistitis ligera que se extendió más en los días en que se presentaron los síntomas urémicos.

La terminación de la enfermedad ofrece también analogías y diferencias con la apendicitis. A veces se resuelve la inflamación después de pocos días de fiebre continua ó intermitente. Otras veces se forma un absceso de pus que produce los accesos tan característicos de la fiebre supuratoria (marcha irregular, escalofrío, calor y sudor), y después de varios días disminuyen todos los síntomas y se curan los enfermos. Todo lo mismo que en la apendicitis, y si en ésta se admite que el apéndice oradado sirve de tubo de desagüe, en la pericolecistitis se puede admitir que la vesícula desempeña ese mismo papel. En otros casos dejan las dos enfermedades abscesos que hay que operar; pero así como en la apendicitis basta casi

siempre con la abertura del absceso, en la pericolecistitis se reproduce en la mayoría de los casos, si no se llega á incindir la vesícula y se extraen los cálculos.

Se diferencian considerablemente las dos peritonitis parciales, porque en la pericolecistitis se observa con mucha frecuencia la *rotura* espontánea de la vesícula que se adhiere al duodeno, al colon transverso ó al estómago. Esta rotura va precedida, en muchos casos, de *hemorragias*, y en los enfermos que sufren una pericolecistitis grave, hay que buscar con cuidado la sangre, tanto en los vómitos como en las deposiciones, no contentándose con el examen visual, sino recurriendo á las reacciones químicas.

Algunos casos que he visto en unión de otros compañeros podrán ilustrar la marcha y terminación de la pericolecistitis grave.

4.° Un señor de cincuenta y cuatro años, que había sufrido ligeras molestias en el epigastrio, se queja de pronto de dolor, fiebre y vómitos. Cesan los síntomas agudos al cabo de pocos días, pero persiste la dispepsia y los vómitos y se presenta el cuadro de una estrechez pilórica brusca, con los movimientos exagerados del estómago, apreciables á la vista y á la palpación, los vómitos abundantes, la sed, la falta de bilis en el contenido gástrico, á pesar de los esfuerzos hechos para vomitar, etc., etc. Le palpo y se toca una dureza en el píloro. Sospecho la posibilidad de un cáncer, aun cuando la historia no correspondía á esa enfermedad. Hago el análisis de su jugo gástrico y veo que es fuertemente hiperclorhídrico (2'8 por 1.000 de ClH). Deseché la idea del neoplasma y dudé entre la idea de úlcera en el píloro y perigastritis consecutiva por una parte, y la pericolecistitis calculosa con adherencias al duodeno. Se le hicieron unos lavados gástricos, disminuyó en unos días la inflamación, y por la forma tan circunscrita de la pequeña tumoración, unido á su historia, diagnostiqué definitivamente la pericolecistitis y la adherencia de la vesícula llena de cálculos al duodeno. Propuse la intervención, anunciando la posibilidad de que se abriera espontáneamente la vesícula en el duodeno ó en el colon transverso. El enfermo optó por marcharse á su casa (Burgos). A los pocos días volvió á agudizarse su peritonitis parcial, tuvo dolores, fiebre, hipo, etc., y á los pocos días expulsó, sin dolor, un cálculo colosal que llenaba toda la vesícula puesto que tenía su forma y su tamaño (la circunferencia en la base es de 10 centímetros). El día anterior á la expulsión tuvo una pequeña hematemesis. Con esto terminaron sus molestias.

No se puede afirmar en este caso si se hizo la abertura en el duodeno ó en el colon transverso, porque el fondo de la vesícula, el duodeno y el colon transverso están muy próximos, pero el hecho de la estrechez aguda del píloro, el que hubiera hematemesis y no melena, y por último, el que transcurriera un día desde la desaparición de los síntomas hasta la expulsión, hacen pensar que se debió abrir en el duodeno. Además, este es el sitio en que se abre con más frecuencia.

5.° Un señor de sesenta y cinco años sufre un cólico hepático muy violento y viene desde Alicante con dolor y fiebre. Al tercer día del comienzo del ataque se toca tumefacción muy dolorosa en la región de la vesícula biliar. Aumenta considerablemente de volumen el hígado (á pesar de que no hay ictericia). La fiebre es continua. Disminuye la cantidad de orina. La lengua aparece roja y seca con ese aspecto tan característico de la uremia (lisa como barnizada). Se analiza la orina y tiene bastante albúmina, sangre, cilindros hialinos y granulosos de grano grueso. Dura cuatro ó cinco días el estado urémico. Al cabo de ese tiempo empieza á mejorar lentamente, pero tarda muchísimo tiempo en desaparecer la tumefacción, dolorosa á la presión, de la región vesicular.

Se repone completamente y está muy bien durante varios meses, en los cuales sólo hay de notable que en el primer mes después del ataque desaparece la albúmina y los cilindros, pero hay glucosa en su orina.

Después de varios meses sufre otro ataque muy semejante al anterior, pero sin uremia ni alteraciones urinarias. La tumefacción tarda aún más tiempo en desaparecer y después de muchísimos días empieza á sentirse fluctuación y se ve un punto rojo en la superficie. Al ver que había supuración le opera un hábil cirujano y no encuentra más que el absceso, pero sin la comunicación que esperábamos con la vesícula biliar. Como en todos los casos de peritonitis parcial, se prefiere dejar á la marcha ulterior el esclarecimiento del caso, á cometer la imprudencia de caer fuera de las adherencias. Se cura el absceso muy lentamente, pero se abre un pequeño trayecto fistuloso que dura varios meses, hasta que permite tocar cálculos en el fondo del mismo. Entonces se incinde nuevamente y se sacan cuatro cálculos grandes.

Este caso enseña que la pericolecistitis es á veces muy extensa, afecta al hígado y puede producir uremia, nefritis aguda y glucosuria. Yo he visto varios casos de glucosuria pasajera en el curso de un cólico hepático vulgar.

Se ve una formación de absceso semejante al de una apendicitis vulgar, pero cuando llega á la formación de absceso, casi nunca se cura sin que se abra la vesícula y salgan los cálculos espontáneamente ó con la intervención quirúrgica.

6.° Se trata de un señor de treinta y dos años que se queja de molestias gástricas muy acentuadas (dolor de estómago, ardor, vómitos muy agrios, etc.), y ligera fiebre todas las tardes, precidida de un ligero escalofrío. Por palpación se descubre pastosidad bastante dolorosa en la región de la vesícula, y siguiendo hacia la derecha el borde del hígado. La presión en esta región produce dolor en todo el costado derecho y también por detrás. El jugo gástrico es muy hiperclorhídrico (2'5 por 1.000 de ClH).

El diagnóstico no ofrece dudas; pericolecistitis é hiperclorhídria consecutiva. Se le somete al reposo absoluto, opio y dieta hídrica el primer día. A pesar de esto, aumentan los vómitos y la intensidad de la fiebre, y se presenta el hipo. El enfermo se agrava por momentos, la cara se hace marcadamente abdominal, disminuye la cantidad de orina, se seca la lengua, el pulso llega á 132 con 39 grados y todo hace temer momentos críticos para el enfermo. El único síntoma agradable es la falta absoluta de timpanización de vientre. Después de una noche muy mala con vómitos que contienen algo de sangre, echa en el último una cantidad bastante grande de pus; pero no sale ningún cálculo. Con esto termina el período agudo del ataque y cesan lentamente sus molestias.

En este caso se abrió el absceso en el duodeno ó en el estómago. No me atrevo á precisar en cuál de los dos órganos; porque el contenido del duodeno refluye con una facilidad extraordinaria al estómago, aun cuando no se hagan esfuerzos de vómito, como lo puede comprobar todo el que hace lavados de estómago.

El hecho de que no salieran los cálculos, me hizo anunciar á la familia, que probablemente se volvería á presentar el ataque, si no se le operaba. Al mes se volvió á presentar otro ataque del mismo tipo, pero menos intenso, y en el espacio de cuatro meses se presentaron dos más; uno de ellos muy fuerte, que terminó, según dice la familia, con la expulsión de pus con una deposición. Yo no ví esta deposición y no la tamizaron ni miraron si había cálculos.

El hecho de que saliera el pus muy visible hace sospechar que el nuevo absceso se abrió en el colon transverso, lo cual no tiene nada de particular si se tiene en cuenta que el fondo de la vesícula, el duodeno y una parte del colon transverso están juntos.

7.° Un señor de sesenta y cuatro años que padeció varios ataques de cólico hepático de forma anómala. Ataques fuertes, acompañados de hipo, de larga duración y que le dejaban muy estropeado. ¿Pericolecistitis? Además tenía, á veces, azúcar en la orina.

Se pone malo repentinamente, con dolor en el vientre, y como había comido cosas indigestas, le dan un purgante. Observan que se detienen los excrementos en el colon transverso (región perivesicular), y consiguen vencer la obstrucción, viendo aparecer intactas las cápsulas de aceite de ricino que había ingerido tres días antes (1). Tenía fiebre y un hipo muy tenaz. Dados sus antecedentes, el sitio de la retención, la fiebre y el hipo, fuimos á buscar el empastamiento y el dolor á la presión, que los tenía muy acentuados, y como no podían caber dudas respecto á la pericolecistitis grave, que como hemos visto termina muchas veces por rotura, precedida de hemorragia, anunciamos la posibilidad de que se presentara ésta. Desde las primeras deposiciones que pudimos ver después de esto había melena muy obscura, y como de sangre que viene de punto algo alto. Tenía timpanización de vientre, pero faltaban los demás síntomas de peritonitis generalizada, y este podía explicarse en parte, por las intervenciones que había exigido la obstrucción. Las deposiciones melénicas alternaron con otras en que no había sangre, lo cual indica que la salida de sangre no era continua. El enfermo se fué agravando, tuvo urenia y hematemesis y se murió.

Tanto la hematemesis como el aspecto de la melena, indican que la abertura de la vesícula se estaba haciendo en el duodeno; á pesar de que la inflamación había englobado el colon transverso y dificultado el paso por su interior.

El pronóstico de estas formas intensas que terminan por el absceso simple ó por la rotura de la vesícula, es siempre muy grave; porque si no se rompe después que están muy bien establecidas las adherencias, se muere el enfermo; pero el organismo realiza muchas veces muy bien esa operación quirúrgica, y tenemos la satisfacción de ver cómo se curan enfermos que estaban gravísimos pocas horas antes.

¿Se debe aconsejar la intervención quirúrgica en estos casos? Mi criterio es muy semejante al de la intervención en la apendicitis. En frío no hay inconveniente, pero durante el ataque son muy pocos los casos en que se puede aconsejar la intervención. Hay que

(1) Esto indica que las cápsulas eran malísimas.

tener en cuenta, que todo el problema terapéutico se reduce en los primeros días, á impedir que la peritonitis parcial se convierta en general, y no creo que la cuchilla del cirujano sea muy útil para conseguir eso. Cuando han pasado varios días y hay fiebre intensa de tipo supuratorio, ó se toca algo de fluctuación, se puede suponer que se han establecido bien las adherencias y se puede operar, siempre con gran prudencia y limitándose á dar salida al pus y á establecer una buena desinfección; pero sin hacer ninguna tentativa que pueda poner en comunicación la cavidad general del peritoneo con la porción que se ha aislado mediante las adherencias.

Al decidirse por la intervención, no hay que perder de vista, que muchísimas veces se curan espontáneamente después de accesos febriles muy alarmentes; lo mismo que sucede en la apendicitis.

El tratamiento de estos casos más graves es el mismo que el de los casos leves y de mediana intensidad. La indicación fundamental es favorecer las adherencias para evitar la peritonitis generalizada. El reposo absoluto del cuerpo es indispensable. La quietud de los intestinos es también necesaria, no sólo, porque sus movimientos dificultan las adherencias, sino porque los intestinos que se cargan de los productos inflamatorios en el foco del mal, se ponen en contacto de otros puntos sanos con sus movimientos normales ó exagerados. El opio es el medicamento mejor para conseguir este reposo y, además, tiene la ventaja de calmar el dolor y la intranquilidad del enfermo. Los fomentos calientes parece que moderan también este estado. Algunos hacen las aplicaciones de hielo.

Algunas veces se abren los abscesos bajo la piel. Yo publiqué hace algunos años un caso muy interesante de este tipo.

8.° Se trata de una señora de cincuenta y seis años, que sufrió durante un año dolores violentos en el epigastrio á las tres horas de haber comido; acompañaba á este dolor un estado nauseoso que á veces llegaba á producir el vómito. Calificaron su-afección de gastralgia. De pronto cesaron los dolores.

Veinte años más tarde padeció una fiebre tifoidea muy intensa, que siguió su curso normal. Durante la convalecencia sintió de pronto dolor en el epigastrio y en la región de la vesícula biliar, se presentó una fiebre alta de tipo remitente y vómitos. Yo la vi á los pocos días, y encontré una fluctuación muy limitada en la línea para-esternal derecha á la altura del ombligo.

Aun cuando no estaba roja la piel, se comprendía que el absceso no era intra-abdominal. Se hizo una aspiración con la jeringuilla

de Pravaz, y al ver que salía pus se desbridó. En cuanto salió todo el pus empezó á salir lentamente una materia glerosa que procedía del interior de la vesícula biliar, y aun cuando no se encontraba la comunicación, era indudable que existía. En los días siguientes siguió saliendo una gran cantidad de ese líquido gleroso sin nada de pus. La operó un experto cirujano, que extrajo seis cálculos muy grandes; pero había uno obstruyendo la entrada del cístico, que estaba tan cogido en el cuello de la vesícula que costó muchísimo el arrancarlo. En los días en que estuvo enclavado ese cálculo no se veía en el vendaje más que la substancia glerosa; pero en cuanto se consiguió quitarlo empezó á salir bilis.

En el curso de la tifoidea se producen con alguna frecuencia estos casos de pericolecistitis, y pasan desapercibidos, por la poca reacción del organismo y por estar enmascarados con los síntomas del tifus. Hagenmüller cita 11 casos silenciosos entre 14 que la padecieron en el curso de la tifoidea. Mi caso se presentó durante la convalecencia y se pudo apreciar mejor.

Se cita en todas partes la producción de cálculos biliares por la infección de la vesícula con el bacilo de la tifoidea, que formaría el núcleo de muchos cálculos. Es indudable, que cuando hay cálculos se producen durante la tifoidea ó en su convalecencia, con alguna frecuencia, los cólicos hepáticos y la pericolecistitis, bien sea por la exageración de los movimientos peristálticos que acompañan á la diarrea, según Hoppe-Seyler, ó bien por infección directa, como parece lo más probable.

En este caso se hallaba la vesícula biliar con sus cálculos, en la misma forme en que se hallaba el diseño que acompaña á los tres notabilísimos artículos que publicó en el *Berliner Klinische Wochenchrift* del mes de enero de 1901 el Dr. Riedel.

Además, concuerda la historia con la teoría general de este Profesor sobre el modo de producción de los cólicos. Lo probable es que estuviera la vesícula biliar hidrópica y con sus cálculos, produciendo los calambres de estómago, las molestias y los dolores, por esas inflamaciones que se presentan, sin que se pueda determinar su causa, y luego ha tenido una pausa de veinte años, en la cual todo ha estado tranquilo y no ha sufrido ninguna molestia, hasta que la tifoidea ha producido la inflamación interna de la vesícula que se ha propagado á la cara externa y ha determinado el absceso externo, sin que hubiera pus dentro de la vesícula.

Riedel cita muchos casos de completo silencio, aun teniendo pus

dentro de la vesícula. Siempre en los primeros ataques se distiende la vesícula, pero muchas veces se produce la retracción de la misma en los ataques sucesivos. Insiste mucho en la necesidad de diagnosticar la colelitiasis por los síntomas nerviosos gástricos, pero parece que en estos artículos no concede tanta importancia como daba en su libro á la sensación de peso que aumenta con el ejercicio.

El Dr. Karl Grube insiste mucho sobre este mismo punto de diagnosticar los casos en que no se presenta un verdadero cólico hepático, por los calambres gástricos y por la existencia del punto doloroso de Boas, que se encuentra en la parte posterior derecha, sobre las apófisis transversas de las dos últimas vértebras dorsales, y á lo largo de las dos últimas costillas. Publicó un artículo tratando de esto en el número del 30 de abril de 1904 de los *Arch. für Verdaungs Krankheiten.*

Los casos de pericolecistitis que hemos descrito, indican la frecuencia con que se presenta la uremia en estas inflamaciones perihepáticas. También se ve que las hemorragias son bastante constantes en los casos de rotura de la vesícula. En la mayoría de los casos de pericolecistitis no llega á la rotura, pero sí al establecimiento de adherencias, que producen muchos dolores y molestias en la contracción fuerte del colon transverso.

La inflamación de la vesícula calculosa produce cólico; cuando la inflamación se propaga á la cara externa, pericolecistitis, y cuando se propaga por el colédoco y las vías biliares determina la angiocolitis, que puede ser supurativa y producir la fiebre bilioséptica, que es del mismo tipo supuratorio que la que acompaña á la pericolecistitis supurada; por lo cual es muy difícil muchas veces diferenciarlas entre sí.

En la angiocolitis supurativa hay casi siempre ictericia y diarrea, que suelen faltar muchas veces en la pericolecistitis. El carácter de la fiebre es en los dos casos intermitente y precedida de escalofríos, pero muchas veces es remitente y aun continua, como sucede en cualquier clase de abscesos. Por esta razón no diagnostico la pericolecistitis si no hay tumefacción y dolor á la presión, aun cuando falte la ictericia.

La ictericia que se presenta después de un cólico se explicaba por el enclavamiento del cálculo en la ampolla, pero dice Riedel que no ha encontrado *jamás* un cálculo enclavado en el colédoco. Que la ictericia indica infección de los conductos, y que se produce ésta por abrirse la ampolla para dar paso á los cálculos. El considera que

cuando un cálculo llega al colédoco, se ha transformado una enfermedad local en general (por la propagación de la infección al hígado).

Es indudable que la mayoría de las fiebres de origen desconocido, que no dependen de procesos tuberculosos, son producidas por las diversas complicaciones de la litiasis biliar. No se debe descuidar esta exploración en los febricitantes de marcha anómala, sobre todo si han padecido cólicos hepáticos alguna vez.

9.° Una señora de sesenta y siete años que padece de colelitiasis hace ocho ó diez años, tuvo muchos cólicos hepáticos en el verano de 1904, por lo cual fué á tomar las aguas de Marmolejo. A su regreso, un cólico ligero que dejó cierto dolorimiento y fiebre ligera intermitente. A los quince días, un acceso violentísimo con fuerte escalofrío, que terminó con sudor muy copioso. A las treinta y ocho horas, otro que llegó á 41°. En los días siguientes, accesos que no llegaron á 40°, y desde el sexto día, fiebre remitente que oscilaba entre 38 y 39°,7. Duró la fiebre noventa y cuatro días. Solamente hubo ligero tinte subictérico durante tres ó cuatro días, al principio de la enfermedad. No tuvo nunca hipo ni pastosidad bien manifiesta. Siempre había dolor á la presión en la región de la vesícula.

¿Se trata en este caso de una simple colecistitis? La falta de síntomas graves, de ictericia y de diarrea, parecen desechar la idea de angiocolitis. Nunca presentó signos ciertos de pericolecistitis. Lo indudable parece que la causa de esa fiebre tan prolongada radicaba en la vesícula biliar, con propagación de la inflamación ó limitada á ella. Aquí no se presentó ningún síntoma cierto de peritonitis parcial.

Casos parecidos á este se ven con mucha frecuencia, sin que se pueda establecer con absoluta seguridad el diagnóstico bien limitado, si bien es cierto que se puede asegurar que se trata de un proceso de vías biliares; puesto que se trata de enfermos calculosos, comienza el ataque con dolor de cólico hepático y tienen dolor á la presión en la región vesicular. Esa señora tuvo, además, tinte subictérico de las conjuntivas durante tres ó cuatro días. Nunca se pudo apreciar un aumento de volumen del hígado bien manifiesto, como el que se presenta en los casos de ictericia por retención.

10. Hace seis años fuí llamado para ver á un señor de cincuenta y dos años, que tenía fiebre de 39 á 40° é ictericia desde quince días antes. Empezó con dolor violento que se irradiaba al omoplato y vómitos. Cuando yo llegué habían cesado los dolores, y me dijeron

que tanto la fiebre como la ictericia se habían presentado al tercer día de enfermedad. Desde el segundo día estaban las heces decoloradas. Tenía el hígado tenso, muy abultado de volumen y doloroso á la presión. Como empezó con dolor muy violento y vómitos, supuse que se trataba de un primer cólico hepático, con emigración del cálculo al colédoco é infección consiguiente de las vías biliares. A favor de esta hipótesis hablaba también el origen del cólico, que se presentó después de haber hecho ejercicio bastante exagerado.

Siguió la fiebre continua durante veintisiete días y se hizo luego intermitente, pero no había escalofríos fuertes y no pasaba de 38°,5. Duró cerca de dos meses. A los cuarenta y dos ó cuarenta y tres días se tiñeron las heces y empezó á disminuir la ictericia, pero no ha desaparecido nunca totalmente, si bien sufre aumento y disminución desde entonces. Se tamizaron las heces con mucho cuidado, pero nunca se han encontrado cálculos.

A los tres meses de haber empezado el ataque se había repuesto, y sólo le quedaba el tinte subictérico, las orinas ligeramente biliosas y el picor molestísimo que le impedía dormir bien. Nunca tuvo albúmina ni glucosa en la orina.

A los cuatro meses tuvo otro cólico hepático más ligero, y desde entonces los tiene con mucha frecuencia. Siempre van acompañados de fiebre y de aumento de ictericia. El dolor unas veces es muy intenso y otras veces no. La fiebre dura uno ó dos días y pocas veces excede de 39°. Siempre se decoloran las heces y nunca se encuentran cálculos al tamizar la primera deposición coloreada. El hígado tiene el tamaño normal fuera de los cólicos, en los cuales hay aumento de volumen y dolor á la presión. El bazo normal. Nunca ha tenido síntomas de peritonitis parcial.

Con los tratamientos médicos no se ha conseguido desterrar sus ataques. ¿Conviene la intervención quirúrgica en este caso?

Para resolver esto conviene tener en cuenta que cita Riedel 43 cánceres de la ampolla entre 500 á 600 enfermos de colelitiasis. Además, todos conocen la cirrosis calculosa, que hasta la fecha no se ha desarrollado en este enfermo.

Si yo creyera que el cálculo que produce estos trastornos se halla en la vesícula biliar, aconsejaría la operación; pero como me figuro que tiene uno ó más cálculos libres en el colédoco y la operación es mucho más grave en este caso, no me atrevo á aconsejarla.

Me fundo para creer que el cálculo está en el colédoco, en que en su primer ataque tuvo ictericia por retención y fiebre mes y medio y

dos meses, en que en todos sus ataques consecutivos se presenta ictericia y fiebre, y en que no desaparece totalmente su ictericia. Además, no se han encontrado nunca cálculos en las heces bien tamizadas, y nunca ha dado síntomas de pericolecistitis ni de angiocolitis supurativa.

No terminaré sin afirmar que desde que leí que Naunyn consiguió producir cólicos hepáticos por infección artificial de la vesícula biliar, he seguido con mucho interés á los numerosos tíficos que he tenido, recordando el caso, que cita este autor, del niño de catorce años que padeció colelitiasis á consecuencia de la tifoidea; pero no he encontrado ni un caso bien definido de producción de cálculos. En los que he visto cólicos hepáticos en la convalecencia, se trataba de individuos que habían sufrido antes colelitiasis, y lo único que tal vez se podía atribuir á la tifoidea, era la presentación del ataque.

Mis casos concuerdan con lo que se cita en todas partes respecto á la influencia del embarazo para producir los cólicos hepáticos.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 14 de Junio de 1905 (1).

La escopolamina en el parto. — El Dr. *Recasens* presentó el resultado de sus investigaciones en la Clínica de la Facultad de Medicina, sobre el uso de la escopolamina en el parto, y dijo: A raíz de mi Comunicación á esta Sociedad sobre los efectos de las inyecciones raquidianas de estovaína como agente anestésico durante el parto, fuí excitado por los Dres. Soriano y Botella para que ensayara en la Clínica los efectos que podrían observarse con el uso de las inyecciones hipodérmicas de escopolamina en el parto normal, y como quiera que coincidieron sus excitaciones con los deseos que yo tenía de estudiar dicho agente anestésico, procedí á su ensayo.

Un error de dosis que en una Revista científica se deslizó, que coincidía

(1) Se publica con retraso el acta de esta sesión, por no haber sido aprobada hasta el mes de Noviembre en la primera sesión celebrada por la Sociedad Ginecológica después de las vacaciones de verano.

con las que en esta Sociedad se expusieron en aquella sesión, me hizo administrar una cantidad de medicamento que no vacilo en calificar de tóxica, y que si bien fué motivo de algún sobresalto en los primeros momentos que siguieron á la inyección, me ha permitido, en lo sucesivo, el uso de dosis muy superiores á las que en cirugía se han empleado, y me ha dado lugar á poder estudiar la acción de este agente anestésico en toda la extensión de su acción narcótica.

La primera parturiente en la que ensayé la escopolamina era una primípara de veintitrés años, de buena constitución y en estado de perfecta salud; la presentación del feto era de vértice, en primera posición y la inyección hipodérmica del medicamento se administró á las siete de la tarde, cuando el orificio del cuello estaba dilatado en una extensión de una pieza de dos pesetas. En la Revista á que anteriormente hago referencia, se daba como dosis la cantidad de 12 milígramos de clorhidrato de escopolamina; y 6 de cloruro mórfico disueltos en 1 gramo de agua destilada; esta primera inyección debía ir seguida de otras dos iguales con una hora de intervalo de una á otra; el objeto anestésico que se deseaba obtener era para poder practicar operaciones; de su uso en el parto nada se había publicado hasta aquella fecha, y á mi noticia no había llegado la de haber sido todavía ensayado por nadie en esta función.

Inyecté 1 gramo de la disolución á la dosis de 9 milígramos de escopolamina por 5 de cloruro mórfico; á los cinco minutos de la inyección la parturiente dormía profundamente, sin que ningún excitante pudiera despertarla de aquel profundo sueño, la cara se congestionó ligeramente, los maseteros se contrajeron hasta el punto de morderse la lengua y las pupilas se dilataron de modo tan enorme, que el iris desapareció casi por completo.

La respiración se aceleró algún tanto, sin que pasara el número de inspiraciones de 36 al minuto; el pulso, que en el momento de darla la inyección era fuerte y regular, latiendo 84 veces por minuto, comenzó á acelerarse de tal modo que llegó prontamente á 120, 140, 160 y 180 al minuto, haciéndose irregular y sumamente débil. Esta taquicardia me alarmó y pensé inmediatamente en que debía existir error en la dosis publicada y con la mano en el pulso y preparado á dar una fuerte dosis de morfina como antídoto é inhalaciones de oxígeno, continué observando la evolución de aquel proceso, producido por la escopolamina. El buen aspecto del rostro de la parturiente y la regularidad con que se iban sucediendo los fenómenos del parto, me detuvo en una intervención que hubiera perturbado el curso natural de los mismos tal como se iban desarrollando.

Las contracciones uterinas, que antes de la inyección de la escopolamina aparecían cada tres minutos, se sucedían con igual frecuencia é intensidad; la sensación del dolor no se manifestaba más que por un movimiento de agitación que cesaba en cuanto el útero se relajaba.

La situación angustiosa en que nos tenía la taquicardia fué breve; á los cinco minutos de haber alcanzado su máximo comenzó el descenso y el pulso, si bien latía todavía 156 veces por minuto, era ya regular y más desplegado.

A las once de la noche la dilatación era completa y el período expulsivo se realizaba con toda regularidad; á las doce menos cuarto se verificó la

expulsión del feto, habiendo actuado la prensa abdominal con la misma energía que si la mujer hubiera estado completamente despierta; el alumbramiento se verificó normalmente sin pérdida anormal de sangre y la parida fué transportada á su cama sin que se diera cuenta de sí misma.

El feto en los primeros tiempos de la anestesia aumentó también la frecuencia de los latidos de su corazón y cuando salió, si bien la frecuencia del pulso había desaparecido, estaba tan profundamente dormido que no lloró, ni con excitación alguna pudimos hacer que gritara; se veía que estaba bien, por la regularidad de su respiración, por su aspecto completamente normal y algo subido su color cutáneo, pero no nos atrevimos á que quedara sin vigilancia por temor á que sobreviniera algo patológico; dos horas después de nacer se había disipado por completo el sueño y el estado del niño era perfectamente regular.

La madre continuó dormida hasta las cinco y media de la mañana, y cuando despertó no quería creer que hubiese ya parido.

El puerperio se hizo con toda regularidad, sin que ni mayores pérdidas, ni lentitud en la involución uterina pudieran hacernos creer en acción buena ni mala de la escopolamina sobre el aparato genital; como única molestia consecutiva al uso de dicha substancia hubo, durante los dos primeros días que siguieron al parto, una ambliopia muy pronunciada por efecto de la midriasis existente, que tardó cinco días en desaparecer por completo.

Los fenómenos de taquicardia que se presentaron en esta mujer consecutivos á la inyección de la escopolamina no nos dieron lugar á dudar que se trataba de un efecto no medicamentoso, sino tóxico, si bien no letal en una mujer cuyo corazón esté sano. Procedimos á la investigación de lo que no nos cabía duda era un error de dosis y hallamos la explicación en una errata de imprenta que había suprimido un 0 y, en vez de decir 12 diezmilígramos, decía 12 milígramos.

Dados los efectos observados en nuestra primera parturiente, nos pareció la dosis de 12 diezmilígramos como muy pequeña y, en efecto, á otra parturiente á la que se le administró esta cantidad, no se observó efecto ninguno narcótico ni anestésico y los dolores se manifestaban con igual intensidad antes que después de la inyección hipodérmica de la escopolamina.

La tercera observación se refiere á una joven de veintiún años, primípara, buena salud y bien constituída; presentación de vértice en primera posición. Se le administró una inyección de 5 milígramos de bromhidrato de escopolamina con igual cantidad de cloruro mórfico, cuando la dilatación del cuello uterino era del tamaño de una pieza de dos pesetas. Los efectos que se observaron con esta dosis fueron los mismos que en la primera observación, pero más atenuados; no hubo contracción de maseteros ni el feto salió dormido, pero el pulso se hizo frecuente hasta llegar á 140 pulsaciones por minuto, aunque siempre se conservó regular. La respiración algo frecuente; las pupilas ampliamente dilatadas sin llegar la midriasis al grado de la primera observación.

El sueño apareció á los cinco minutos de la inyección; las contracciones uterinas se conservaron con la regularidad é intensidad progresivas propias de los partos normales y la terminación del parto se realizó á las tres

horas de haber practicado la inyección. El alumbramiento se realizó con regularidad, sin pérdida de sangre superior á la que corresponde á un alumbramiento normal y continuando la parida dormida hasta tres horas después de terminado el parto.

El puerperio se deslizó sin ninguna novedad y la involución uterina siguió por completo un curso regular.

El alcanzar el número de pulsaciones á la cifra de 140, nos indicó que la dosis de 5 milígramos era aun excesiva, pues si en una mujer con el corazón sano, esto no tenía gran importancia, consideramos el fenómeno como peligroso en otra mujer que tuviera una alteración del miocardio; decidimos en las observaciones ulteriores administrar dosis de escopolamina inferiores, aumentando, en cambio, las de morfina.

Las 28 observaciones restantes se han realizado con la solución siguiente: agua 1 gramo, clorhidrato ó bromhidrato de escopolamina 3 milígramos, cloruro mórfico 1 centígramo. La inyección se ha practicado en todos los casos en el tejido celular subcutáneo de la cara externa del muslo y los efectos narcóticos del medicamento se observaron siempre en un tiempo medio entre cinco y ocho minutos.

La dosis de 3 milígramos de escopolamina puede reputarse como medicamentosa, y para el estudio de sus efectos debemos dividirlos en generales y uterinos.

La acción midriásica y narcótica del medicamento se ha observado en todos los casos; el sueño aparece de modo constante y su duración es variable; las facultades psíquicas desaparecen y la memoria de los hechos que ocurren mientras está la mujer bajo la acción de la escopolamina desaparece, hasta el punto de no recordar ninguno de ellos ni nada de lo que hace referencia al parto. La mayor parte de nuestras escopolaminizadas han necesitado, al despertar, tocarse el vientre y ver que había desaparecido el abultamiento propio del embarazo para convencerse de que habían dado á luz.

La acción vasodilatadora de la escopolamina se reconoce por la mayor coloración de la piel y la turgescencia de las mucosas. La respiración se acelera algún tanto, sin haber en ningún caso pasado de 36 por minuto. El pulso es el que mayores y más rápidas modificaciones presenta; á los cinco minutos de la inyección se acelera y llega á latir de 90 á 110 veces por minuto, bajando algo la tensión, pero conservando su ritmo regular. A medida que la acción de la escopolamina va descendiendo, la frecuencia del pulso se hace menor, de modo que constituye éste el mejor índice de la duración y efecto del medicamento.

No hemos podido comprobar en ninguna parturiente la acción tetánica que sobre los músculos rectos del abdomen se ha dicho que ejercía esta substancia; sólo en el primer caso, en que la dosis fué positivamente tóxica, se observó trismus muy fuerte; en todas las demás la característica ha sido la relajación de los músculos de fibra estriada.

Los efectos locales sobre el útero y la acción que puede ejercer en la evolución del parto nos ha parecido en todos los casos completamente pasiva. Hemos dado la inyección de esta substancia en todos los períodos del parto y en ningún caso hemos visto modificarse la frecuencia, intensidad y dura-

ción de las contracciones uterinas; la dilatación del cuello se ha verificado con toda regularidad y al llegar el período expulsivo la acción de la prensa abdominal se ha unido á la de las contracciones del útero para terminar el trabajo del parto.

En realidad, la mujer no puede decirse que esté completamente anestesiada, lo que está es dormida; cuando no hay contracciones uterinas el sueño es apacible y tranquilo, pero cuando la contracción sobreviene, la placidez del sueño desaparece y una agitación, que en algunos casos es muy grande, sucede á aquélla; la mujer se revuelve en la cama de parir y parece siente el dolor, pero no se da cuenta del mismo, se agita y mueve y adopta las posiciones más raras, y si no se la sujetara se caería de la cama. En cuanto la contración desaparece, renace la calma y permanece la mujer quieta hasta que una nueva contracción la hace agitarse otra vez.

En los casos que el período de dilatación se prolonga mucho ó cuando la inyección de escopolamina se ha dado al comienzo del mismo, la acción narcótica del medicamento desaparece y es necesario hacer una nueva inyección de esta substancia; el pulso es el que nos indica el momento en que puede repetirse la dosis del medicamento; consideramos como regla general nō hacer una nueva inyección del medicamento hasta tanto que el pulso ha recobrado las condiciones que tenía antes de hacerse la primera inyección.

La dosis que empleamos para las segundas inyecciones es algo más baja que para la primera; 2 milígramos de escopolamina y 7 de morfina ha sido, por lo general, la cantidad empleada, y en dos casos hemos dado todavía una tercera en un intervalo de siete y ocho horas que transcurrieron hasta que el parto terminó.

En ningún caso hubo retardo ni alteración en el desprendimiento y expulsión de la placenta, y los puerperios no se diferenciaron en nada de los que siguen las que paren sin esta clase de narcotización.

En partos anormales, es decir, distócicos sólo dos veces hemos empleado la inyección de escopolamina; en el primero se trataba de una aplicación de forceps por rigidez cicatrizal de la vagina; la agitación que se produce en las escopolaminizadas al aparecer la contracción uterina se presenta asimismo en el acto de la aplicación de forceps; la mujer no se da cuenta de lo que ocurre, pero como experimenta el dolor que la introducción de la mano determina y se excita con ella las contracciones del músculo uterino, se mueve y agita de modo que se perturba la buena aplicación del forceps; si se compara esto con la inmovilidad que da el cloroformo cuando se administra á dosis anestésicas para poder hacer una operación la ventaja de éste, sobre la escopolamina, es tan grande que no dudamos en proclamar el uso de aquél, como infinitamente superior á ésta para las aplicaciones de forceps.

El segundo caso en que utilizamos la escopolamina para operar, se trataba de un parto de gemelos; la parturiente, que hacía cuatro horas estaba bajo la acción de esta substancia, había expulsado el primer feto en presentación de nalgas, y al presentarse el segundo en vértice y cuando estaba ya encajada la cabeza, sobrevino una procidencia de cordón que nos obligó á terminar rápidamente el parto para poder salvar la vida de este

segundo feto, lo que logramos sin que en el acto operatorio se presentara agitación alguna. Si tenemos en cuenta que esta aplicación de forceps se realizó en esta mujer cuando tenía ya las partes completamente distendidas por el paso del primer feto, el no haber agitación ni dificultad alguna para la buena aplicación del instrumento, no invalida lo que anteriormente hemos dicho, pues el sueño de la escopolamina es tranquilo en tanto no hay gran dolor que lo altere.

Al principio de nuestras observaciones no dábamos la escopolamina más que á mujeres jóvenes, cuyo estado de salud podía considerarse como excelente; en las presentaciones de vértice y en las que no existía temor alguno de accidente en el acto del parto; pero después de 15 observaciones nos atrevimos ya á darla á las multíparas y aun á algunas que presentaban signos de fatiga del miocardio. En ningún caso se ha presentado accidente alguno que pudiera imputarse al uso de la escopolamina.

Hemos usado este agente en un caso de parto gemelar bien diagnosticado previamente y en tres de presentaciones pelviana, de los cuales uno era en la modalidad incompleta de nalgas.

Del conjunto de las 31 observaciones de escopolaminización que hemos practicado, hemos sacado la convicción de que dicho agente no puede ser reputado como un agente positivamente anestésico, sino narcótico; la agitación en algunos casos muy violenta, que en el momento de aparecer el dolor experimentan las parturientes, nos indica que perciben el dolor si bien de un modo inconsciente y que sólo la narcosis en que se hallan y la falta de memoria de lo que les ha ocurrido durante el sueño es lo que ha podido ser considerado como anestesia. Creo que les pasa á las escopolaminizadas lo mismo que les ocurre á los enfermos delirantes, que si bien cuando el delirio ha pasado no se acuerdan de lo que han sufrido durante el mismo, no se puede dudar del sufrimiento que tenían mientras estaban presas de él.

Comparando los efectos de esta substancia con los que se obtienen con la anestesia clorofórmica, creemos que la ventaja de éste sobre aquélla es indiscutible; no quiere esto significar en modo alguno que desechemos en absoluto su empleo, pues creemos que en algunos casos en que la cloroformización no se pueda verificar, ya por no tener un ayudante hábil que lo administre, en tanto el médico se ocupa de los fenómenos que constituyen el parto y que acompañan á la expulsión del feto, ya por tratarse de una parturiente histérica que exagere sus manifestaciones de dolor y se oponga á verificar las inhalaciones de cloroformo ó por otras contraindicaciones de la anestesia con este agente, la escopolamina puede servir y tener positivas indicaciones que aconseje su empleo.

La circunstancia de estar terminando el curso, me ha impedido hacer nuevas investigaciones con mezclas de otros medicamentos, tales como el bromuro de potasio ó el hidrato de cloral, para ver si con ellas se puede suprimir la excitación que hace agitar á las parturientes en el momento de presentarse las contracciones.

Sin que pueda, hoy por hoy, considerarlas como definitivas, expondré las conclusiones que del conjunto de mis 31 observaciones he deducido :

1.ª El clorhidrato y el bromhidrato de escopolamina, empleados á la do-

sis de 3 milígramos asociados con 1 centígramo de morfina en el parto normal, no han causado ningún fenómeno tóxico.

2.ª La escopolamina no es un anestésico sino un narcótico.

3.ª La acción más ostensible de la escopolamina después de la hipnótica es la de acelerar los latidos cardíacos.

4.ª No tiene ninguna influencia favorable ni desfavorable sobre la marcha del parto.

5.ª El alumbramiento, á pesar de ser una substancia vasodilatadora, no ha ido nunca acompañado de hemorragias anormales.

6.ª El puerperio no se modifica con el uso de esta substancia.

7.ª Para las operaciones tocúrgicas no tiene ventaja alguna sobre el cloroformo; antes bien la consideramos inferior.

8.ª Nuevas investigaciones son necesarias para fijar de modo concluyente sus indicaciones especiales.

9.ª y última: Consideramos prudente hasta mejor conocimiento de la acción de este narcótico abstenerse de su empleo en todos los casos en que la fibra muscular cardíaca se halle afectada de degeneración.

El Dr. *Soriano* consigna que no considera la escopolamina como anestésico general en el verdadero sentido de la palabra, sino como narcótico. Es el sueño de la escopolamina análogo al del opio, con ensueños y con verdadero delirio.

De sus dos observaciones personales puede decir que en una primípara después de la inyección hipodérmica de 3 milígramos de clorhidrato de escopolamina asociada á 1 centígramo de morfina, sobrevino el sueño que duró cuatro horas y media sin haber terminado el período de dilatación, y al llegar el expulsivo, ya completamente despierta la administré el cloroformo á *la reina*, por no atreverse á practicar una nueva inyección.

En el segundo caso, más afortunado, bien porque el período de dilatación resultó más corto, bien porque retrasase la inyección más, el parto se realizó durante el sueño de la escopolamina, no recordando luego la parida ningún suceso del parto desde el momento de la inyección como en el caso anterior.

Algo alarmánte resulta para las familias, el aspecto de las parturientes escopolaminizadas, por la violenta agitación que sufren en el momento de la contracción uterina, que obliga á sujetarlas para que no se tiren de la cama.

De estas observaciones deduce que, así como la raquiestovainización para el parto resultó rechazable y temeraria, la escopolamina es aceptable, necesitándose más observaciones y estudios, y sin que, por hoy, pueda competir con el cloroformo en el parto normal, rey de la anestesia obstétrica.

Después de algunas breves consideraciones acerca de la epidemia de sarampión, hechas por los Dres. Sarabia y Benitez, terminó la sesión.

El Secretario de actas,

DR. POLO Y TREMPS.

PERIÓDICOS

Tres errores graves en oculística. — El Dr. Manuel Márquez, publica en la *Revista de Sanidad Civil*, las siguientes consideraciones de gran interés práctico:

«Al poner de manifiesto estos errores en las breves consideraciones que van á seguir, sólo me propongo, dice, evitar, en lo que esté de mi parte, el triste espectáculo, muchas veces observado en las consultas de los especialistas, de muchos ojos que no hubieran debido perderse, pero que se pierden á causa de tratamientos intempestivos ó mal dirigidos por parte de los médicos generales, á los cuales por otra parte les exigen siempre los clientes el máximo saber y acierto en toda clase de dolencias, ya que no se cuiden por regla general, con el mismo ardimiento de retribuir tan inapreciables servicios decorosamente.

Tales errores suelen ser más bien de diagnóstico y consecutivamente de tratamiento. Son muchos; pero aquí sólo voy á fijarme en tres de los más frecuentes y de los de más transcendencia en la práctica diaria.

Primer error.—*Confundir una afección aguda conjuntival con una de las membranas profundas del ojo.*

El error puede consistir ó bien en considerar como superficial una afección profunda y tratarla como tal, ó por el contrario en tomar por profunda una afección puramente conjuntival. Ambos errores son de transcendencia y se evitarán teniendo en cuenta los elementos diferenciales siguientes:

Vascularización. — Es de color rojo claro, de mallas irregulares, va disminuyendo desde los fondos de saco hasta el limbo corneal, movible con la conjuntiva en que asienta al deslizar ésta sobre la esclerótica y desaparece con la presión del dedo en las afecciones conjuntivales; de color rojo vinoso, en forma radiada, de localización preferente periquerática, disminuyendo conforme nos alejamos del limbo corneal y no desapareciendo por la presión, en las afecciones ciliares é iridianas; mas cuando la afección inflamatoria llega á ser muy intensa, participan ya de ella todos los vasos del polo interior del ojo y entonces el diagnóstico por sólo este síntoma se hace difícil, teniendo entonces necesidad de acudir á otros como los siguientes:

Dolor. — *En las afecciones conjuntivales no existe realmente* (si no están complicadas de afección corneal ó del iris), sino más bien picor, escozor, sensación del cuerpo extraño; mientras que *es un síntoma característico de las afecciones ciliares é iridianas agudas*, presentándose entonces intenso, gravativo, periorbitario, irradiándose por la frente, sien y hasta por ambas mandíbulas, según la intensidad de la afección, es decir, por el territorio ya solamente de la rama oftálmica, ya de todo el trigémino.

El contorno y el campo pupilares son correctamente limpios, conservándose perfectamente el reflejo á la luz en las conjuntivitis, mientras que el orificio es más ó menos irregular y el fondo turbio por la aparición de sinequias y exudados, así como el reflejo á la luz está disminuído ó abolido, en las iritis. Como consecuencia de esto, no hay trastornos visuales en el pri-

mer caso y sí los hay en el segundo. No hay que confundir éstos, que son más ó menos permanentes mientras dura la afección, con los que pueden producir las pequeñas hebras ó corpúsculos de secreción conjuntival que á veces se ponen delante de la córnea, dificultando momentáneamente la visión.

Con todos los anteriores datos puede evitarse el error de diagnóstico y por ende el de tratamiento que tan frecuente es en la práctica. Veamos ya las consecuencias de este último en los dos casos antes citados:

a) El más grave consiste en *tomar por conjuntivitis una iritis*, aplicando intempestivamente en ella astringentes y cáusticos (nitrato de plata, sulfato de zinc, etc.), que lo menos que pueden hacer es no producir perjuicio alguno, siendo el pecado principal *por omisión* el que en estos casos se comete, dado que dejamos de emplear la medicación soberana, la atropina (ó cualquier otro midriásico) que llevando el iris á la periferia, evita la formación de las tan temidas sinequias posteriores (adherencias del iris con la cara anterior del cristalino) y de los exudados en el campo pupilar, los cuales tan graves trastornos para la visión acarrean una vez formados; mientras que son ya contra ellos casi siempre impotentes los medios médicos y á veces hasta los quirúrgicos, cuando no se pudo cortarlos ó combatirlos á tiempo.

b) El *tomar una conjuntivitis por una iritis*, aunque es error de importancia, no tiene tanta como el anterior en la inmensa mayoría de los casos; únicamente la afección dura mucho más y en ocasiones hasta puede agravarse por omisión (dejando de usar los astringentes y cáusticos que también han de ser, dicho sea de paso, *oportunamente manejados*, lo cual no es de este lugar, porque nos llevaría muy lejos), en casos de verdadera urgencia (conjuntivitis blenorrágica). En los demás todo se suele reducir á instilar, sin ser necesaria, la atropina que produce en el individuo midriasis considerable y la ofuscación consecutiva al exceso de luz, que molesta al enfermo extraordinariamente por unos cuantos días.

En casos dudosos valdrá, pues, más instilar la atropina que dejar de hacerlo, pues serán mayores los beneficios obtenidos si está indicada que las molestias que produzca en el caso contrario. Pero hay que saber también que *la atropina*, que junto con el clásico nitrato de plata se prescribe con excesiva frecuencia, venga ó no al caso, por los médicos generales, puede no ser inofensiva como veremos á continuación:

Segundo error.—*Confundir una iritis con un glaucoma agudo. Es el error de diagnóstico más grave que se puede cometer en oftalmología*, dadas las terribles consecuencias terapéuticas que acarrea, pues siendo la medicación más eficaz en la primera de estas afecciones la de los midriásicos y en la segunda la de los miósicos, los cuales son entre sí absolutamente antagonistas, el mal que se causa al enfermo usando unos por otros es irremediable.

La confusión nace de que ambas afecciones tienen algunos síntomas comunes: dolor del quinto par y gran vascularización del polo anterior; pero el error se evitará atendiendo á otros síntomas, tales como el *aumento de tensión* ocular, la *dilatación pupilar y la disminución de profundidad de la cámara anterior* (por aproximación del iris á la córnea) propios del glaucoma,

mientras que en la iritis la *presión está casi siempre disminuída*, hay *tendencia á la contracción pupilar y más bien aumento de la profundidad de la cámara anterior*.

En presencia de estos datos no será extraño comprender lo inoportuno de los midriásicos en el glaucoma, cuyos síntomas exageran, ya que aumentando la tensión ocular, producen la desorganización de la retina y nervio óptico, así como lo perjudicial de la eserina en la iritis, ya que contrayendo la pupila facilita la obturación de ésta por exudados y la formación de los mismos entre la cara posterior del iris y la anterior del cristalino, cuyas malas consecuencias hemos citado más atrás.

Por el contrario, se concibe la utilidad de los miósicos en el glaucoma, los cuales, aunque no basten para curar tan terrible dolencia ocular, al menos permiten un compás de espera hasta tanto que se hace la iridectomía, que es el verdadero tratamiento. La conveniencia de los midriásicos en la iritis la hemos puesto de manifiesto con razones más atrás consignadas.

Por consecuencia, *la heregía* (si cabe la palabra) *más grande que en oculística se puede cometer es instilar atropina en un glaucoma ó eserina en una iritis.*

Tercer error.—*Tomar por cataratas seniles afecciones graves de las membranas profundas y especialmente el glaucoma crónico* ó el *subagudo*. Este caso es también por desgracia, muy frecuente. Acontece que un individuo por lo general viejo, empieza poco á poco á perder la vista y el médico cree que se trata de unas cataratas. Induce á error el que en muchas ocasiones el cristalino de los viejos presenta un reflejo especial que le da un aspecto turbio; pero el oftalmoscopio demuestra que la luz pasa perfectamente. En otras muchas se trata en realidad de una verdadera catarata, complicación no rara del glaucoma, principalmente de las variedades aguda y subinflamatoria, con la circunstancia desfavorable de que en este caso el médico duda aún menos, dado que el síntoma que le induce á error es objetivo y cierto. Lo que hay que saber entonces es si esta opacidad del cristalino es la que casi pudiéramos llamar fisiológica, ó sea la senil, sin complicación alguna, ó si es sintomática de algún otro proceso en el que lo que menos importa es la catarata. En este último caso se encuentra con frecuencia el glaucoma en todas sus variedades y por esto se debe saber distinguir bien el aspecto clínico de los enfermos de cataratas, según éstas sean simples ó complicadas.

Para ello téngase en cuenta los datos que van á continuación:

Ambliopía. — La disminución visual en las cataratas simples, es *gradualmente progresiva:* en las sintomáticas de glaucoma es más ó menos *intermitente*, viendo menos el enfermo en el momento del ataque subagudo de glaucoma para volver á ver mejor después que éste ha pasado. Además, el mismo aspecto de los enfermos ya indica también la diferencia: con la mirada baja, *huyendo de la luz*, que hace contraer sus pupilas y les hace ver menos en los cataratosos, *mirando al Cielo* buscando ávidamente la luz y con las pupilas dilatadas en el glaucoma, como en todas las afecciones destructivas de la retina y del nervio óptico.

Dolor. — En las cataratas simples *jamás se observa* de modo que cuando se presente hay que ponerse en guardia y sospechar que se trate de un ataque subagudo de glaucoma.

Vascularización. — Tampoco existe en las cataratas no complicadas, mientras que en las glaucomatosas es característica la existencia de unos cuantos vasos tortuosos en la dirección de los músculos rectos, que desaparecen rápidamente perforando la esclerótica: son las venas ciliares anteriores, ingurgitadas por el exceso de presión intraocular que impide su desagüe.

Otros síntomas. — Las pupilas dilatadas, la disminución de la cámara anterior y el aumento en la dureza ocular, inclinarán el ánimo hacia el proceso glaucomatoso, dado que no existen en la catarata no complicada.

Pero, aparte de todo lo dicho importa saber que hay casos, los denominados de *glaucoma crónico simple*, en los que no hay ni catarata, ni dolor, ni vascularización, ni aumento permanente de tensión, sino una excavación de la pupila con atrofia consecutiva de las fibras ópticas, visible solamente al oftalmoscopio, y cuyo único síntoma es la disminución de la agudeza visual. Importa conocer esto, porque diagnosticada á tiempo la afección puede detenerse con el tratamiento adecuado (miósicos), mientras que desconocida, progresa por el contrario y se presenta ya tardíamente á la observación del oculista con destrucción irremediable de las fibras ópticas.

El hecho es todavía más deplorable cuando, por existir cataratas glaucomatosas que se toman por cataratas simples, el médico general dice al pobre enfermo *que espere á que estén completas* para poder ser operado, y cuando llega á presencia del especialista no tiene ya ni el menor indicio de percepción luminosa y es completamente inútil toda operación.

También conviene saber que en estos casos como en el de glaucoma agudo más atrás citado, *la atropina está en absoluto contraindicada*, dato que no debe olvidarse, pues hay demasiada tendencia, hasta por muchos especialistas, á instilar inmediatamente atropina, muchas veces aun sin saber por qué y otras como medio de facilitar el examen oftalmoscópico, provocando á veces el ataque glaucomatoso con todas sus temibles consecuencias. Así es que toda prudencia será poca antes de instilar atropina, sobre todo si se trata de viejos ó arterio-esclerósicos, asegurándose en estos casos de que no se trata de un predispuesto ni siquiera de un sospechoso de glaucoma, aparte de que la instilación de atropina, con fines diagnósticos, es casi siempre innecesaria, y además muy molesta para el enfermo por la duración de la midriasis, pudiéndose obtener en grado suficiente con la cocaína en la mayor parte de los casos. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 28 de Noviembre de 1905 (1).

Moscas y cólera. — El Dr. Chantemesse: Con este epígrafe he publicado con el Dr. Borel un libro, cuya primera parte ha sido comunicada á la Academia; la segunda parte es inédita y trata de la profilaxis del cólera. Toda precaución, internacional, nacional, urbana ó individual, debe inspirarse en luchar contra el peligro que representan las deyecciones humanas. Esta lucha de todos los instantes contra los excreta ha constituído siempre una de las principales preocupaciones de las religiones orientales. Se las encuentra en el judaismo, en el islamismo y en las creencias de la India. Moisés y Mahoma han presentido en los excreta humanos la causa de numerosas enfermedades y han rodeado, especialmente Mahoma, ciertos actos de una serie de ritos, que un verdadero creyente no puede eludir sin cometer una grave falta. Sorprende, pues, observar que estos pueblos que siguen las máximas de la limpieza en cierto sentido, sean los más severamente castigados por el cólera, cuando parece que lógicamente debieran estar preservados. Esto es debido á que Moisés y Mahoma no han instituído más que una especie de profilaxis individual, una profilaxis que podría llamarse del desierto, y han conseguido su propósito, puesto que la epidemia es impotente para atravesar el desierto siguiendo á una caravana musulmana; pero en cambio, lo han ignorado todo respecto de la higiene de las colectividades, de la higiene urbana. Para los creyentes musulmanes, las deyecciones humanas constituyen un resíduo tan repugnante, que todos evitan manejarlas, y por lo tanto, reinan libremente en el suelo de muchas ciudades musulmanas.

Las medidas impuestas por los jefes de las religiones orientales á sus adeptos — excelentes en sí mismas — han tenido un resultado contrario al que se quería que rindiesen. Si estos profetas hubiesen adivinado la higiene urbana, el cólera nunca habría franqueado los límites de sus focos originarios.

Dentro de poco la vía terrestre se abrirá ampliamente ante el cólera. Los planos están trazados: Bassorah, la Meca y hasta las Indias, se unirán á Europa por medio de los rails; ya no existirán entonces desiertos protectores, ni travesía del Mar Rojo, durante la cual el cólera se extingue á bordo de los buques. La propagación lenta se verificará á lo largo de las

(1) Las sesiones de los días 14 y 21 se dedicaron á la lectura de informes para premios, lo propio que parte de la presente.

vías férreas cada vez que el cólera sufra la menor recrudescencia en la casi isla indiana. Llegada esta época, la profilaxis internacional y la profilaxis nacional serán impotentes; sólo la profilaxis urbana podrá luchar contra el peligro que reinará constantemente. Desde ahora, el problema de la prevención del cólera tócale resolverlo directamente á los Municipios, y puede resumirse así: *¿Las redes del alcantarillado se llevarán á cabo en todas partes antes que las redes de los ferrocarriles?* — CODINA CASTELLVÍ.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 20 de Noviembre de 1905.

Meningitis espinal. — El Dr. *H. Leroux* refirió el caso de un joven de catorce años que murió en su clínica, de meningitis espinal, desarrollada en el curso de la escarlatina. El enfermo ingresó en la clínica el 3 de junio con escarlatina perfectamente caracterizada, que databa de tres días. Tenía 39°,8 de temperatura. Se quejaba de dolor en la región lumbar, pero sin localización fija: este dolor podía atribuirse á una caída que sufrió quince días antes; no se notaba equimosis ni rastro alguno de traumatismo. La enfermedad siguió su curso hasta el día 9. Aquel día nueva elevación de la temperatura, abombamiento y dolor en el vientre, pero sin localización fija. Ni vómitos, ni cefalalgia, ni albuminuria. El día 10 el termómetro marcaba 40° y el enfermo tenía rigidez de la nuca y algo de raquialgia. El 12 la rigidez de la nuca y la fiebre aumentaron, y además, hubo retención de orina.

No se presentaron vómitos ni cefalalgia, aunque todos los demás síntomas indicaban la existencia de una meningitis, cuyo diagnóstico se confirmó al día siguiente. Aparecieron subsaltos de tendones y midriasis. La temperatura llegó á 40°,8 y el pulso á 172. Se hizo entonces una punción lumbar, que dió salida con lentitud á un líquido turbio; al examen bacteriológico se descubrieron en él estreptococos dorados numerosos. Al día siguiente, 15, la temperatura se elevó á 42° por la tarde y el enfermo murió con todos los signos ordinarios de la meningitis.

Al hacer la autopsia se descubrieron las lesiones meningíticas típicas: los exudados contenían, igual que el líquido extraído por la punción lumbar, el estafilococo dorado.

Los puntos interesantes de esta observación son los siguientes: principio de los accidentes meningíticos á los ocho días de la escarlatina, marcha rápida de la meningitis, que ocasionó la muerte á los cinco días, y falta de vómitos y de cefalalgia.

Meningitis con linfocitosis.—El Dr. *Nobecourt* refirió, en su nombre y en el del Dr. Brelet, la observación de una niña que en el curso de una parotiditis presentó fenómenos meningíticos. Esta niña ingresó en el hospital á los tres días de aparecer la parotiditis; al día siguiente de su ingreso tuvo cefalalgia, vómitos, elevación de la temperatura y 85 pulsaciones por minuto, número variable de un momento á otro. Estos síntomas tardaron

poco en complicarse con rigidez de la nuca, el signo de Kernig, miosis y disminución notable del reflejo rotuliano. La punción lumbar permitió observar leucocitosis abundante.

La fiebre se mantuvo bastante elevada durante dos días y fué acompañada de disociación del pulso. Este se reanimó al fin, observándose á la vez desaparición del reflejo rotuliano. La punción lumbar probó que la linfocitosis había desaparecido. En los días sucesivos, la fiebre siguió siendo alta y el pulso frecuente; los signos eran los de una fiebre tifoidea que evolucionó sin nuevos síntomas nerviosos y terminó por la curación.

Este caso prueba que el veneno de la parotiditis puede afectar las meninges de la misma manera que afecta los nervios y otros órganos.

El Dr. *Comby* refirió un caso análogo; el enfermo, de diez años, padeció parotiditis, y á los diez días se presentaron accidentes nerviosos.

El Dr. *Netter* dijo que había observado fenómenos análogos en su hijo, con la particularidad de que principiaron antes de aparecer la parotiditis y revistieron durante varios días caracteres alarmantes.

Hidronefrosis congénita doble. — El Dr. Broca: Se trata de un niño de dos años y medio, en el que se observó desde los seis meses aumento progresivo del abdomen. Cuando ingresó en mi clínica, descubrí una tumefacción grandísima en la parte izquierda del vientre, que descendía de tal modo, que era imposible obtener dato alguno por la palpación. La tumefaccion era fluctuante en ciertos sitios, sin adherencias con la pared, sin circulación colateral, sin ascitis; no iba acompañada del menor trastorno de los órganos abdominales y la micción, en particular, era fácil y normal. La existencia de este tumor constituía toda la sintomatología.

Diagnostiqué hidronefrosis congénita poliquística, y creí que el único tratamiento indicado era la extirpación. Practiqué la laparotomía y extirpé el tumor sin gran dificultad, después de aplicar dos ligaduras, una en los vasos del hilio renal y otra en el ureter. Las consecuencias fueron satisfactorias durante los dos días primeros, pero después, de repente y sin causa apreciable, se presentaron elevación grandísima de la temperatura, anemia y fenómenos de uremia, que tardaron poco en producir la muerte.

Al practicar la autopsia, no se descubrió complicación operatoria alguna: ni peritonitis, ni pus, sólo una ligera exhalación sanguínea en la bolsa subperitoneal formada al extirpar el riñón enfermo. En el riñón derecho se descubrieron lesiones de hidronefrosis poliquística, con calculillos fosfáticos y disposición moniliforme del ureter correspondiente. Estas lesiones no eran bastante acentuadas para poder ser descubiertas al operar ni hicieron precisa la palpación renal. Es indudable que de sospecharse que el segundo riñón se hallaba afectado en tan alto grado, no se hubiera intervenido de una manera tan radical, sobre todo al no existir más fenómeno que la presencia del enorme tumor renal izquierdo. Pero como nada hacía sospechar las lesiones del riñón derecho, es indudable que podía considerarse como indicada, sólo por su desarrollo cada vez mayor, la extirpación del tumor renal izquierdo. — (*Le Progrès médical*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 1.° de Noviembre de 1905.

Alexia.—El Dr. *Schuster* presenta un hombre de sesenta años, que desde hace uno padece de alexia, la cual al principio fué acompañada de hemiplegia derecha. El paciente puede hablar, comprende perfectamente lo que se le dice, conoce las cifras y las letras, pero es incapaz de entender su asociación, es decir, de leer. El campo visual está reducido, pero fuera de esto, no hay ningún otro trastorno óptico. Está alterada la conexión que enlaza el centro visual con el del lenguaje. Como asiento de este trastorno se considera generalmente la circunvolución augular, ó sea el extremo del lóbulo temporal inferior izquierdo, á través del cual pasan fibras que desde ambos centros ópticos se dirigen hacia adelante, las del lado derecho después de cruzamiento previo, las del izquierdo sin cruzar. Muchos autores niegan la existencia de un centro especial para la formación de las palabras, ó sea de un centro de la lectura. Para que se produzca la alexia, es necesario que esté excluído de funcionar el centro óptico izquierdo, y por lo tanto, que exista una hemianopsia derecha, y además, que se haya interrumpido la conexión entre el centro óptico derecho (lóbulo occipital) y el lóbulo temporal izquierdo, ó sea el centro del lenguaje. La alexia es, según acabamos de ver, una forma perfectamente determinada de ceguera psíquica. Las fibras que enlazan el centro óptico con el acústico, caminan por el cuerpo calloso. Existe alexia sin hemianopsia.

El Dr. *Mendel* recuerda un caso de alexia complicado con hemianopsia del lado derecho, que presentó en enero de 1902; el enfermo murió al cabo de un año, y en la autopsia se encontraron dos focos de reblandecimiento, uno en la circunvolución fusiforme y lingual del lóbulo occipital izquierdo, y otro en el *splenium* del cuerpo calloso. El primer foco explicaba la hemianopsia derecha; el otro había anulado la asociación que existe entre el centro óptico derecho y el centro del lenguaje, explicándose así la alexia. Ambos focos de reblandecimiento se produjeron por obstrucción de la arteria cerebral posterior (el autor presenta cortes del cerebro con el aparato de proyecciones).

Como el enlace entre el centro óptico izquierdo que corresponde al campo visual derecho con el centro de lenguaje es más corto y más directo que el del centro visual derecho, se explica así fisiológicamente que leamos de izquierda á derecha, y no á la inversa, como los hebreos.

La audición en las afecciones del oído.—El Dr. *Brühl* refiere que ha realizado un gran número de exámenes de la facultad auditiva en los asilados del Manicomio de Dalldorf, y ha tenido ocasión de comprobar muchas veces anatómicamente los datos proporcionados por dichos exámenes. Se trata principalmente de casos de sordera progresiva, en los que la membrana timpánica presenta caracteres normales, casos que por lo mismo que se los considera como incurables, se acostumbra á dejarlos sin tratamiento. Para encontrar el asiento de la afección en estos casos, es preciso practicar un exámen funcional muy minucioso.

En estas investigaciones hay que tomar por base los siguientes datos fisiológicos: *a*) en circuntancias normales, la palabra cuchicheada se oye todavía á una distancia de 20 metros; *b*) normalmente, la amplitud de percepción de los sonidos comprende cinco octavas; *c*) el sonido del diapasón se percibe mucho tiempo por el aire; *d*) también se percibe por los huesos; *e*) pero la primera percepción dura más que la segunda.

En las enfermedades del oído medio, se observan siempre las siguientes alteraciones: *a*) la palabra cuchicheada se oye á menor distancia ó no se oye; *b*) los tonos bajos ya no se perciben con tanta claridad y de un modo tan completo; *c*) la conducción aérea está más disminuída que la ósea.

En las enfermedades del oído interno: *a*) la palabra cuchicheada tampoco se percibe más que á muy poca distancia; pero, *b*) los tonos que principalmente dejan de oirse son los altos; y *c*) la conducción ósea ha perdido más que la aérea.

Según esto, el examen funcional del oído nos proporciona un medio de resolver si se trata de una afección del oído medio, del interno ó de una combinación de ambas.

El examen anatomopatológico ha dado á conocer, como afecciones del oído interno: lesiones en el nervio acústico, desaparición de sus fibras, sustitución de éstas por tejido conjuntivo y masas hialinas, lesiones en el ganglio espiral, atrofia del órgano de Corti y ensanchamiento del conducto coclear.

En las enfermedades del oído medio hay que distinguir la oto-esclerosis (anquilosis del estribo) y el catarro crónico. En la primera, la caja timpánica conserva el aire; pero, en cambio, se desarrolla poco á poco una anquilosis de la articulación del estribo. Por el contrario, en el catarro del oído medio, todas los cavidades del mismo se llenan con un exudado que se organiza formando tejido conjuntivo; es frecuente que el catarro crónico venga á ser consecuencia del agudo, y por consiguiente, lo que más importa es curar éste para evitar aquél, que bastante á menudo suele ser causa de una sordera progresiva.—(*Deutsche Medizinal-Zeitung*).—R. DEL VALLE.

LXXVII CONGRESO DE NATURALISTAS Y MÉDICOS ALEMANES

Celebrado en Meran los días 24 al 30 de Septiembre de 1905.

(Conclusión)

Tratamiento de los angiomas con flechas de magnesio. — El Dr. *Payr* (de Graz) da cuenta de los resultados que ha obtenido tratando los angiomas con flechas de magnesio, las cuales, después de haber estado en agua hirviendo, las introduce en orificios practicados con el tenotomo. El éxito se obtiene siempre al cabo de cuatro á cuatro y medio meses.

El Dr. *Hoffmeister*, en cambio, manifiesta que ya no emplea placas de magnesio para cubrir los defectos de la bóveda craneana.

Inyecciones epidurales de estovaína.—El Dr. *Hirsch* (de Viena) recomienda las inyecciones epidurales de estovaína en las afecciones dolorosas, en la

ciática, en las crisis de la tabes y para lograr la absorción de líquidos medicamentosos.

El Dr. *Preindelsberger* refiere haber obtenido resultados con dichas inyecciones en la enuresis.

El Dr. *Eiselsberg*, por el contrario, se manifiesta muy escéptico respecto al procedimiento en cuestión.

Trasplantación tendinosa. — El Dr. *Lorenz* (de Viena) califica de racional toda trasplantación tendinosa que corrige ó disminuye una perturbación en el equilibrio del antagonismo muscular; en cambio, es irracional la que no hace más que alterar dicho equilibrio en sentido contrario.

El Dr. *A. Bum* (de Viena) cree que independientemente de la afección articular se producen proliferaciones de las fibras musculares y adelgazamiento de los músculos inmovilizados, según lo exige el movimiento fisiológico de la articulación.

Tratamiento de los ganglionos. — El Dr. *Küttner* (de Mazburgo) declara que no es partidario de la punción de los gangliones; recomienda la extirpación tan sólo para aquellos casos en que, habiendo fracasado un tratamiento más sencillo, es de urgencia, sin embargo, curar la afección. Cuando se revienta el ganglión por medio de presión ó de golpe, hay necesidad de repetir varias veces la operación. Si el tratamiento fracasa varias veces, se debe practicar la discisión subcutánea con el tenotomo ó una pequeña incisión transversal, deslizando previamente la piel.

El Dr. *Lexer* aconseja la extirpación radical, con anemia previa y quitando el origen de la afección, que se encuentra en la cápsula articular. Con un simple vendaje compresivo y botón de plomo, consiguió la curación de 10 casos.

Nunca empleó la discisión, la punción ni la incisión con taponamiento. Antes de proceder á la extirpación, ensaya tres veces por lo menos un procedimiento no cruento.

El Dr. *A. Bum* dice que debe considerarse como bien averiguado que la aparición súbita de un ganglión y por primera vez es rarísima como consecuencia de un accidente del trabajo.

Anestesia espinal. — El Dr. *Franceschi* (de Rudolfstad) encomia la analgesia espinal porque economiza personal de asistencia. La dosis debe ser de 8 á 10 centígramos en niños de menos de diez años, y de 10 á 15 en los de quince; nunca se ha presentado intoxicación.

El Dr. *Preindelsberger* proscribe el procedimiento en los niños, y en el adulto nunca pasa de 7 centígramos.

El Dr. *Hirsch* aconseja que se haga la inyección exactamente en la línea media.

El Dr. *Eiselsberg* dice haber observado casos en los que habiendo fracasado la inyección, fué necesario repetirla.

Secavación de la médula ósea con la cucharilla. — El Dr. *Ranzi* (de Viena) refiere haber empleado el procedimiento de Bunge, ó sea el raspado de la médula ósea con la cucharilla en 12 casos y con excelente resultado, y eso que en algunos de ellos el muñón no había curado por primera intención. Cuando hay que renunciar á ésta, se emplea el procedimiento de Bier. En un caso de enfermedad de Mikulicz, después de un tratamiento farmaco-

lógico infructuoso, se consiguió la desaparición de los tumores por medio de los rayos Röntgen.

El Dr. *Häberer* (de Viena) opina, en vista de lo observado en la clínica de Eiselsberg, que el tratamiento conservador merece ser muy tenido en cuenta cuando se trata de sarcomas de los huesos argos. Con los rayos Röntgen se hace el diagnóstico muy pronto.

El Dr. *Lexer* sigue el criterio adoptado por Bergmann y König, ó sea el de la amputación, ó, en su caso, la desarticulación muy alta cuando se trata de tumores periostales ó mielógenos, pero ya abiertos.

Tratamiento de los cálculos salivales. — El Dr. *Kreis* (de Insbruck) dice que como quiera que los cálculos salivales son producto de estados inflamatorios de carácter crónico, procede en estos casos un tratamiento radical, ó sea la extirpación del cálculo y de la glándula.

El Dr. *v. Eiselsberg* se muestra de acuerdo con el autor.

Cura de la herida del cordón umbilical. — El Dr. *Frank* (de Colonia) dice que constriñe el cordón umbilical, lo corta lo más al rape posible y emplea como ombliguero un vendaje perfectamente aséptico, y como material de curación, muy absorbente y seco, las torundas de algodón en rama de Dronke.

Los Dres. *Schatz* (de Rostock) y *Herz* creen que estas medidas de precaución son exageradas.

El Dr. *Zweifel* emplea como material de curación arcilla calcinada, y es partidario, no de baños, sino de lavatorio diario. Con este sistema no ha vuelto á tener ningún caso de muerte por septicemia del cordón en su clínica.

Tetania. — El Dr. *Uffenheimer* (de Munich) habla del veneno productor de la tetania, y menciona un nuevo síntoma de tetania infantil; consiste dicho síntoma en una alteración muy singular de los rasgos de la fisonomía, que recuerda la de una persona preocupada ó que está pensando en algo de importancia.

Intubación y traqueotomía. — El Dr. *H. Ranke* (de Munich) refiere haber tenido casos en los que después de la intubación y de la traqueotomía secundaria, ya no se pudo extraer más la cánula, porque en el sitio donde había habido antes una úlcera por compresión, se había ido formando poco á poco una oclusión cicatrizal completa de la laringe. Otros autores refieren haber observado el mismo hecho.

La causa de dicha estrechez cicatrizal cree el autor que debe ser la exclusión prolongada que ha sufrido la laringe de la función respiratoria por el hecho de que toda la columna de aire pasa por la cánula. Al dejar de experimentar la laringe la influencia dilatadora y distensora de la corriente de aire, se crea con ello una circunstancia que favorece á la estrechez cicatrizal.

La escuela americana proscribe en absoluto la traqueotomía secundaria; el autor, en cambio, no llega á ese extremo, puesto que cree que se debe apelar á dicha operación cuando se presentan síntomas evidentes de que se han formado úlceras por compresión. La vida debe defenderse en todo caso, pero la cánula traqueal no habrá de dejarse colocada más que el tiempo estrictamente preciso, cuidando mucho de utilizar todo lo posible la in-

fluencia dilatadora de la corriente de aire respiratorio, con el objeto de favorecer de este modo la curación de las úlceras y de evitar la formación de estrecheces cicatrizales. El autor deja colocada la cánula nada más que dos ó tres días, y procura mantener abierta poco tiempo la herida, volviendo á introducir también por poco tiempo la cánula. Si no se consigue esto y reaparece la disnea, recurre de nuevo á la intubación transitoria hasta que también se pueda prescindir de ésta.

Procediendo así, no ha vuelto á tener ningún caso de estrechez permanente de la laringe.

Etiología de la sífilis.—El Dr. *R. Kraus* (de Viena) hace mérito de los experimentos de Metchnikof, Roux, Schaudinn y otros investigadores, y opina que en la actualidad ya nos encontramos en el caso de poder decir con una probabilidad limítrofe con la certeza, que el agente causal de la sífilis es el espirocete pálido, y que se llegará á alcanzar el fin último de la terapéutica de la sífilis, ó sea la profilaxia y tratamiento de esta enfermedad.

Tratamiento del lupus.—El Dr. *H. Strebel* (de Munich) dice que la fototerapia del lupus proporciona, en los casos en que está indicada, resultados irreprochables y muy hermosos desde el punto de vista estético, pero es tratamiento que exige casi siempre mucho gasto de tiempo y de dinero. Recomienda su electrofotocáustica, el tratamiento con chispas de gran frecuencia, la irradiación directa con el catodo y el tratamiento con la lámpara de alambre de hierro.

Las enfermedades venéreas en la guarnición de Metz. — El Dr. *Max Muller* hace una comunicación acerca de este asunto, y demuestra, con el gran material estadístico que presenta, que el análisis microscópico de las secreciones que se practica al reconocer las prostitutas públicas y al hacer la inspección policiaca de las prostitutas clandestinas, puede proporcionar excelentes resultados.

Secreciones del velo del paladar. — El Dr. *Rethi* (de Viena) da cuenta de sus investigaciones. Se provoca la secreción en la mucosa del velo del paladar mediante la excitación local de éste, y también excitando el simpático cervical ó el tronco del facial. El autor dice que los nervios secretores del velo del paladar que provienen del simpático cervical penetran en la caja timpánica, pasan por encima del promontorio y se dirigen, con los nervios petroso mayor profundo y mediano, al ganglio esfenopalatino. El núcleo de estos nervios secretores lo ha encontrado el autor en la porción dorsal de la médula, desde el nivel de la quinta vértebra hasta el de la sexta. Resultó también de estos experimentos que hay grandes diferencias entre la composición cuantitativa de la secreción cerebral y la de la simpática.—(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 3 de Noviembre de 1905.

Enseñanza quirúrgica. — (Por invitación del profesor de Eiselberg, esta sesión se celebra en el aula de la clínica quirúrgica).

El Dr. *Eiselberg* manifiesta que ha invitado á su clínica á los miembros de la Sociedad con objeto de presentarles y darles á conocer los métodos de que se vale para realizar la enseñanza quirúrgica, así como de los medios auxiliares que emplea con dicho objeto y de los trabajos de adaptación que ha emprendido durante el año próximo pasado.

El autor realiza la enseñanza en la forma siguiente: las cinco lecciones dobles de clínica quirúrgica que se dan á la semana, se distribuyen de manera que en una de ellas se expone la cirugía general de un modo sistemático y sin ninguna interrupción; en cambio, las otras cuatro lecciones tienen carácter demostrativo y en ellas se atiende muy especialmente á las necesidades de la Medicina práctica. Los casos que se presentan con más frecuencia, son los de lesiones traumáticas y de procesos inflamatorios agudos, pero también se enseña todo lo relativo á hernias, peritonitis, etc., haciendo que vean los alumnos un gran número de casos.

Respecto á la enseñanza y práctica de operaciones quirúrgicas se destinan uno ó dos días de la semana, y al terminar las lecciones respectivas, á la práctica de operaciones típicas y de urgencia, fijándose muy especialmente en aquellas que tienen más importancia para la práctica diaria. Además, se inscriben en cada semana unos ocho estudiantes para que acudan por la mañana de 8 á 10 á presenciar las grandes operaciones. Pero á lo que concede el autor más importancia es á la lección práctica de la tarde, de 5 á 6, en la que un ayudante enseña á los alumnos cómo se ha de instalar la alcoba del enfermo y disponer su cama, la manera de aplicar inyecciones, incluso las intravenosas, é irrigaciones, presentando al mismo tiempo los instrumentos más importantes que conviene conocer y los métodos de esterilización; se preparan también apósitos y vendajes y se ejecutan operaciones pequeñas.

Concede el autor grandísima importancia al curso típico de operaciones en el cadáver que se dedica á estudiantes, curso que corre á cargo de un ayudante en cada semestre y que en el de invierno se da hasta en dos series. Además, en el mismo semestre de invierno el autor da conferencias públicas, una vez á la semana, acerca de operaciones en el cadáver (en el aula de Medicina legal), y procura ante todo explicarles á los estudiantes la cirugía de urgencia.

La enseñanza se facilita mucho empleando el *skioptikon*, que se usa como *episcopio* y *diascopio*. El aparato ha sido construído por Zeiss, de Jena. Se comienza proyectando en la tabla una serie de preparaciones, tales como han resultado de las operaciones. Después se proyectan cálculos vesicales é impresiones de los dedos en agar y seguidamente se presentan una serie de figuras en atlas que se refieren á imágenes patológicas de sumo interés.

Hecho esto, presenta el autor, con el trabajo publicado por Kranzfelder

y Schivienig, la demostración de los resultados que se obtienen con la fotografía con chispas múltiples para comprobar los efectos de los proyectiles en el cuerpo animal. Sumamente importante para la enseñanza de carácter práctico son las fotografías obtenidas con los rayos Röntgen. El autor presenta cincuenta de estas fotografías, unas diapositivas y otras negativas. Esta parte de la sesión termina proyectando imágenes microscópicas sobre la pared.

Hizo ver también el autor algunas innovaciones que se han introducido en la clínica, tales como la instalación de barracás de ambulancia en el parterre, de una sala de operaciones séptica, de un gabinete de rayos Röntgen, de una estación de enfermos sépticos y de otra pequeña para niños.

En el primer piso se encuentra una sala aséptica de operaciones con aparatos de esterilización muy bien dispuestos y un aparato de iluminación modelo Krœnig-Siedetopf.

(*Wiener klinische Rundschau*). — R. DEL VALLE.

SOCIEDAD MÉDICA DE FILADELFIA

Sesión del día 25 de Octubre de 1905

Tratamiento operatorio de las fracturas rotulianas. — El Dr. *J. H. Gibbon* dijo que los dos factores que dificultan el tratamiento de las fracturas de la rótula, son: primero, la inserción al fragmento superior de un grupo fuerte de músculos que tienden á separarle, y segundo, la interposición de tejidos tendinosos ó ligamentosos entre las superficies fracturadas. Este último factor se ha considerado como el más importante, y es difícil corregirle excepto por la operación. Esta se halla justificada siempre que se practique con todas las reglas de la asepsia. En todos sus casos operados ha visto que los fragmentos de la rótula estaban cubiertos de tejido fibroso. La fractura múltiple es otra complicación que hace la coaptación mecánica insegura y difícil. El tratamiento de las fracturas de la rótula consiste en el empleo de férulas ó en procedimientos operatorios que comprenden la exposición al descubierto del hueso fracturado y de los ligamentos rotos. Todos los procedimientos intermedios carecen de las ventajas del método al descubierto y tienen el mismo peligro, á saber: la sepsis. El Dr. Strinson, en 40 casos de sutura subcutánea ha observado dos de infección grave que terminaron por anquilosis, mientras que en 200 tratados por el método al descubierto sólo hubo en uno infección ligera que no terminó por anquilosis. Hoy no se sutura sólo el hueso, sino que se practica la sutura simple del ligamento lateral y del tejido fibroso sobre el hueso ó bien se practican además dos suturas de la rótula.

Está indicada la operación precoz. Cuando no se practica inmediatamente se aplica un vendaje compresivo y bolsas llenas de hielo para prevenir el derrame de sangre. La incisión recomendada es curvilínea y transversa, que permite llegar con facilidad al ligamento redondo. Debe emplearse para la sutura una substancia absorbible, de preferencia el catgut

cromizado, y no apretar con exceso las suturas, aplicar á la pierna una férula posterior, mantenerla elevada y renovar el apósito á los ocho días suprimiendo las suturas. La férula debe separarse de cuando en cuando y someter el miembro afectado al amasamiento. A las tres ó cuatro semanas se suprime por completo y se practica con regularidad el amasamiento, permaneciendo el enfermo en el lecho. Después de la cuarta semana se aconseja la flexión pasiva. El período de convalecencia con este tratamiento es más corto que cuando se trata la fractura con férulas.

El Dr. *J. B. Shober* atribuyó la eficacia del método al descubierto á la gran atención que se presta á los ligamentos. Antiguamente se prestaba mayor atención á la coaptación de los huesos por el alambre de plata. Cree que la operación es importante y que sólo debe practicarse en las condiciones indicadas por el Dr. Gibbon.

El Dr. *J. B. Roberts* cree que la operación es buena, pero que en el tratamiento de las fracturas se necesita una operación que puedan practicar todos los médicos, sin que sea preciso enviar el enfermo á un especialista. Esterilizados convenientemente los tejidos, la aguja y el hilo, la sutura subcutánea es una operación práctica y satisfactoria. El periostio comprendido entre los fragmentos se separa frotando éstos. Esta operación es tan sencilla que debe sustituir á otras más graves, que sólo puede practicarse en condiciones ideales.

El Dr. *W. L. Rodman* dijo que la operación subcutánea es más peligrosa que el método al descubierto practicado en buenas condiciones de asepsia. Cree que esta última operación no está indicada en los ancianos y en los que padecen lesiones viscerales, y sí solo en las personas jóvenes y en las que hacen una vida activa. Los tejidos blandos que quedan entre las superficies fracturadas sólo pueden separarse abriendo la articulación. Concuerda con el Dr. Gibbon en las ventajas de la incisión curvilínea. No juzga necesario sepultar en los tejidos el alambre de plata y cree que éste es innecesario. No puede afirmar si es preferible operar inmediatamente ó esperar á que desaparezcan los síntomas inflamatorios.

El Dr. *A. C. Wood* manifestó que estaba completamente de acuerdo con todas las manifestaciones hechas por el Dr. Gibbon. La cirugía moderna tiende cada vez más á desechar las operaciones subcutáneas, y el hombre á quien no sea posible abrir una articulación adoptando las precauciones asépticas, tampoco puede ser tratado por la ligadura subcutánea. Ha hecho la incisión por encima de la rotura interesando una parte de la piel, que es gruesa, y sobre la que prácticamente no se ejerce compresión. Esto favorece el desagüe. Sigue reuniendo el hueso, la cápsula y los ligamentos, y hace el nudo en un sitio en que no se ejerce compresión.

El Dr. *Roberts* preguntó al Dr. Gibbon qué tratamiento empleaba en los individuos de edad demasiado avanzada para ser sometidos á los peligros de las operaciones al descubierto y en los que padecen afecciones viscerales.

El Dr. *Gibbon* dijo que estaba de acuerdo con el Dr. Wood en que en los enfermos en quienes no puede practicarse la operación al descubierto, tampoco debe emplearse el método subcutáneo. En los enfermos á que alude el Dr. Roberts emplea la férula posterior combinada con la elevación de la pierna.

Dos casos de infección general grave de origen obscuro.—El Dr. *H. B. Allyn* refirió el caso de un niño de cuatro años que tenía dolor abdominal, vómitos y delirio, y que murió á los tres días á consecuencia de un derrame brusco y abundante de sangre en la pleura. Se obtuvieron del bazo y de los ganglios mesentéricos infartados cultivos de una forma no descripta de coli bacilo; en el cultivo de una placa de Payer infartada se descubrió el mismo bacilo. La enfermedad no era una fiebre tifoidea hemorrágica.

El segundo caso se refiere á un niño de nueve meses que tuvo hepatización pulmonar limitada, vómitos, púrpura, otitis media, artritis, bronquitis, nefritis y meningitis y murió á los veinticinco días de enfermedad. No se hizo la autopsia. En los cultivos hechos con el moco faríngeo y con el líquido espinal extraído por punción, sólo se descubrió un pequeño diplococo distinto del de la neumonía y del de la meningitis cerebro-espinal.

Un nuevo método de anestesia quirúrgica. — El Dr. *W. W. Babcock* indicó la antigüedad de la anestesia quirúrgica producida por los medicamentos narcóticos y llamó la atención acerca del hecho de que la mandrágora empleada por los cirujanos desde la época de Herodoto hasta el siglo XIII, contiene escopolamina, la que hoy, después de siete siglos, ha sido introducida de nuevo en la práctica quirúrgica. Ha experimentado varias solanáceas y otros alcaloides hipnóticos y deduce de sus experimentos que la apomorfina es el auxiliar más eficaz en la anestesia por la escopolamina-morfina. Empleando la apomorfina ha conseguido narcotizar por completo más del 70 por 100 de los enfermos, mientras que antes sólo se ha conseguido en el 9 al 26 por 100 de los pacientes, necesitando emplearse en el resto el éter ó el cloroformo.

El medio empleado por el Dr. Babcock es el siguiente: Una hora antes de la operación hace una inyección hipodérmica con $^1/_6$ de grano (1) de sulfato de morfina con $^1/_{100}$ de grano de bromuro de escopolamina y después se pone un enema compuesto de media onza de anodino de Hoffmann y de whiskey y cuatro onzas de agua caliente. A los quince minutos se repite la inyección hipodérmica y á los veinte minutos se hace una tercera con $^1/_{100}$ de grano de escopolamina y $^1/_{30}$ á $^1/_{12}$ de gramo de clorhidrato de apomorfina. La dosis de apomorfina se regula por el estado del enfermo y la energía del pulso y suele ser seguida de anestesia quirúrgica, que dura de tres á diez minutos. Si hay tolerancia para los medicamentos, la apomorfina asociada á veces con la morfina se administra de nuevo en dosis proporcionada al estado del enfermo.

En una proporción pequeña de casos refractarios al narcótico, conviene administrar una cantidad pequeña de éter ó de cloroformo, mejor que repetir la inyección del narcótico. La anestesia producida dura por regla general dos horas ó más y el enfermo suele encontrarse mejor al terminar la operación que al principiarla. El Dr. Babcock ha empleado con éxito este método como único anestésico en las operaciones sobre el cráneo, la cara, la laringe, la vesícula biliar, el estómago, los riñones, los órganos pelvianos y las extremidades, y cree que es utilísimo en las operaciones sobre l à vías respiratorias.

(1) El grano inglés equivale á 6 centígramos próximamente.

Notas sobre los anestésicos generales con referencia especial á la anestesia por la escopolamina morfina.—El Dr. *A. C. Wood* leyó un trabajo acerca de este asunto. Su experiencia respecto al tiempo necesario para obtener la anestesia completa difiere algo de la del Dr. Babcock. El Dr. Wood cree que la diferencia verdadera es debida, no á la idiosincrasia del enfermo, sino á la buena cualidad y á la preparación adecuada del medicamento. Cree también que esta forma de anestesia puede usarse siempre que no haya contraindicaciones, porque la relajación muscular completa no es esencial. Considera como auxiliares eficaces el éter y el cloroformo. Duda emplearla en las operaciones sobre la boca ó las vías respiratorias por temor á que la anestesia profunda que suele producirse impida al enfermo preocuparse del moco ó de la sangre que se deposita en su boca. De 15 casos en que ha empleado el método, puede considerarse satisfactorio en 8. En una apendectomía no hubo movimientos de los músculos ni náuseas y la convalecencia fué satisfactoria por completo. Cree que los resultados satisfactorios guardan relación con el cuidado que se tiene para elegir y administrar los medicamentos.

El Dr. *Rodman* dijo que su experiencia con esta forma de anestésico se limita á un caso, pero este caso le permite confirmar lo indicado por los Dres. Babcock y Wood. Si la anestesia no es completa, puede completarse administrando una cantidad pequeña de éter. Este método debe ser, á su entender, de gran utilidad en las operaciones sobre los órganos genitourinarios.

El Dr. *E. La Place* manifestó que había empleado muy pocas veces la escopolamina y la morfina, y aunque sus efectos son favorables, no cree que lo sean en el grado que indican los Dres. Babcock y Wood. Cuando se administra el éter para completar la anestesia, no se observan síntomas desagradables. En París y en Alemania no se han obtenido resultados satisfactorios con la escopolamina.

El Dr. *A. M. Seabrooke* aludió á tres enfermas del Hospital de mujeres. Una de las enfermas padecía carcinoma del epiplón, otra era una muchacha histérica y otra una anciana con cálculos de la vesícula biliar. En todas ellas se emplearon con buen éxito la escopolamina y la morfina.

El Dr. *Horacio C. Wood* (hijo), cree que el nombre anestesia por la morfina es preferible al de anestesia por la escopolamina-morfina. La introducción de un nuevo anestésico depende de su seguridad relativa y el número de casos en que este método se ha empleado hasta ahora es tan pequeño, que no pueden sacarse consecuencias. Cree perfectamente demostrado que administrando la morfina antes que el éter se disminuyen muchas de las sensaciones molestas que éste produce, pero está demostrado también que produce un efecto deprimente sobre la respiración. Cree que el óxido nitroso es un medicamento preferible á la morfina para administrar antes que el éter.

El Dr. *Roberts* dijo que si la escopolamina es idéntica á la hioscina, no comprende la necesidad de administrarla á dosis tan pequeñas como las indicadas.

El Dr. *Babcock* refirió uno ó dos casos que le han convencido del valor de este método de anestesia en las operaciones sobre la parte superior de las vías respiratorias.

El Dr. *A. C. Wood* cree que es más lógico decir anestesia por la escopolamorfina que por la morfina. Está convencido de que el efecto de la escopolamina y morfina es diferente del de la morfina sola. En prueba de su inocuidad baste decir que el Dr. Horacio C. Wood (padre), verdadera autoridad en la materia, no conoce un caso de envenenamiento mortal por esta droga. Conviene administrar dosis pequeñas, porque se incurre en una gran responsabilidad cuando se maneja un medicamento nuevo.

(*New York méd. Journal*). — F. Toledo.

PERIÓDICOS

Significación diagnóstica de los flagelados en el estómago y el intestino del hombre.—Cohnheim y otros autores habían creído, en vista de sus observaciones, que la presencia de flagelados en el estómago en ayunas siempre significa la existencia de un cáncer. Ahora bien, el Dr. A. Rosenfeld refiere, entre otros casos, uno en el que es seguro que no había carcinoma, y sin embargo, se encontraron flagelados; verdad es que existían al mismo tiempo en dientes cariados del mismo sujeto.

Tampoco se puede hacer á tales protozoos responsables exclusivos de la llamada «diarrea por flagelados»; mas aún, es probable que hasta se trate de parásitos intestinales inofensivos que desaparecen con un tratamiento conveniente, y en todo caso cesan de observarse administrando los calomelanos. — (*Deutsche méd. Wochenschrift*). — R. del Valle.

Tratamiento de la cistitis.—El Dr. Findley recomienda de un modo eficaz contra la cistitis el salol y la urotropina. La eficacia de estos medicamentos es debida á ser antisépticos directos de las vías urinarias. El salol se descompone en el duodeno, y al ser eliminado por los riñones, ejerce una acción antiséptica directa sobre las vías urinarias. La urotropina está compuesta de formaldehído y de amoníaco; es más soluble que el salol y tiene la desventaja de irritar más que éste la vejiga cuando se administra á grandes dosis, pero en cambio, puede usarse aunque estén enfermos los riñones. Al eliminarse por la orina, queda en libertad el formaldehído, que ejerce localmente su acción antiséptica. El salol es utilísimo en los casos agudos, y sobre todo, en las hipertrofias de la próstata con micción frecuente y orina amoníacal. Estos enfermos mejoran después de una semana de tratamiento por el salol. La urotropina ejerce una acción benéfica sobre la pielitis, en la que los demás medicamentos sólo ejercen una acción paliativa. Para evitar la irritación gástrica que produce, conviene administrarla con bastante cantidad de agua.

(*Glasgow Med. Journal*, septiembre 1905).—F. Toledo.

Efectos de la sangría. — De los estudios experimentales que ha realizado el Dr. A. Strübell acerca de la sangría, y que da á conocer en un libro re-

ción publicado, se deduce, como resultado más importante, la conclusión siguiente:

Con la substracción de sangre disminuye muy poco ó nada la presión sanguínea general y también aumenta poco ó nada con la infusión (inyección de líquido en las venas); en efecto, la elasticidad de las arterias y el aflujo de líquido procedente de los tejidos, restablecen muy pronto la presión normal. En cambio la substracción de sangre disminuye la presión en la circulación pulmonar y la infusión la aumenta; la disminución de presión alivia de trabajo al corazón y con esto ceden la tumefacción ó infarto del pulmón y la rigidez de este órgano y se previene la aparición del edema. Ahora se explica sin violencia la contradicción que había entre los clínicos que decían obtener buenos resultados con la sangría, y los fisiólogos que no querían creer en ellos porque no observaban disminución de presión arterial con las emisiones sanguíneas. También se comprende así cuáles son las indicaciones de la sangría y por qué es de suma importancia elegir, para practicarla, el momento oportuno ó sea aquel en que ya son excesivas las exigencias que tiene que satisfacer el corazón.

(*Zentralblatt für innere Medizin*). — R. del Valle.

La fiebre en la sífilis hepática. — El Dr. F. Klemperer hace notar que así como los movimientos febriles que se presentan en el período secundario de la sífilis son conocidos hace ya mucho tiempo, no se ha tenido conocimiento de la fiebre de la sífilis terciaria y sobre todo de la que afecta á los órganos interiores hasta que Baumler ha llamado la atención acerca de este particular.

En lo que á la sífilis hepática concierne, es relativamente frecuente, según Gerhardt, G. Klemperer y otros, que se presente en estas circunstancias una fiebre alta intermitente y de carácter héctico. En dos casos observados por el autor se ha confirmado esta particularidad, á la par que los movimientos febriles muy prolongados y que á veces van acompañados de calofríos, presentan una intensidad relativamente pequeña las manifestaciones locales de parte del hígado; la tumefacción de éste es moderada, la sensibilidad á la presión escasa y la ictericia leve.

Como conclusión de su estudio hace notar el autor que también es frecuente que vayan acompañadas de fiebre alta las afecciones óseas y articulares de naturaleza sifilítica terciaria y las que se localizan en el pulmón. Hoy por hoy no es posible explicar la patogenia de esta fiebre.

(*Zeitschrift für klinische Medizin*). — R. del Valle.

ÍNDICE DEL TOMO LXIX

Abscesos de fijación (Tratamiento de la meningitis cerebro-espinal por los)..... 27
Actinomicosis cervicofacial (Tratamiento de la)..... 350
Acinis pancreáticos y de los islotes de Langerhans (Relaciones evolutivas de los).... 65
Adrenalina (Polvo soluble de). 16
Afecciones cutáneas (Tratamiento de algunas)..... 13
Agentes infecciosos (Vías seguidas en el organismo por los)..... 88
Agua de mar contra los callos y las verrugas (El)..... 280
— — sobre el suero artificial (Superioridad del)..... 225
— oxigenada en dermatología y urología. 198
Aire líquido (Tratamiento de algunas afecciones cutáneas por medio del)..... 13
Alcalinidad de la sangre en la eclampsia..... 318
Alcohol metílico (Acciones tóxicas del)..... 257
Alexia..... 468
Amigdalitis aguda (Tratamiento de la)..... 319
Amilosis y los núcleos gemelos en los epitelios estratificados normales de los mamíferos (La)..... 67
Anastomosis ileorrectal en los cánceres inoperables del intestino grueso..... 349
Anestesia espinal..... 470
— — (Ventajas é inconvenientes de la). 78
— quirúrgica (Un nuevo método de)..... 476
Angiomas (Tratamiento de los)..... 469
Anquilosis vertebrales (Anatomía patológica y patogenia de las)..... 185
Anquilostomas intestinales (Historia y vías de penetración de los)..... 417
Apendicitis (Diagnóstico de la) 79
Apéndice ileocecal (Invaginación del) 345
Aquilia gástrica..... 190
Arco plantar superficial en la especie humana (Existencia de un)..... 65
Arteria hepática (Ligadura de la)..... 78
Artritismo (Causas y terminaciones del)..... 21
Artropatías nerviosas y reumatismo crónico..... 186
Asociación francesa para el progreso de las ciencias.... 21
Audición en las afecciones del oído (La)..... 468
Autolisis del útero puerperal. 391
Azúcar en la inercia uterina (El) 333
Bacilo de Pfluger (Valor diagnóstico del)..... 80
Blenorragia (Tratamiento abortivo de la)..... 39
Boca (Epitelioma difuso de la). 81
Bocio exoftálmico (Tratamiento del)..... 178
Buques de guerra (Ventilación en los)..... 88
Cálculos biliares (Contribución á la patogenia de los)..... 192
— salivales (Tratamiento de los)..... 471
— (Desmenuzamiento espontáneo de los)..... 432
Callos (El agua de mar contra los)..... 280

Cáncer del intestino grueso (Entero-anastomosis en el)..... 312
— periamigdaliano (Sobre una operación por)... 176
— uterino en el embarazo (Datos clínicos para el estudio del)..... 357
Cánceres inoperables del intestino grueso (Anastomosis ileorrectal en los)..... 349
Cápsulas suprarrenales en ciertos estados fisiológicos y patológicos (Modificaciones histológicas de las)..... 64
— — (Estudios citológicos sobre las).... 64
Cara (Cirugía reparadora de la)..... 268
Carbunclo curado por el método de Scharnowski (Caso grave de)..... 216
Carcinosarcoma uterino..... 158
Carcinoma de los animales de sangre fría (Nuevas investigaciones sobre el)..... 395
— (Sueroterapia del)..... 316
Caries dentaria (Los odontoclastos en la)..... 66
Carnes (Infección é intoxicación por las)..... 143
— putrefactas desde el punto de vista de la higiene alimenticia (Sobre las)..... 413
Catarata por las inyecciones subconjuntivales (Tratamiento de la)..... 337
Cataratas diabéticas (Conducta que debe seguirse en las). 338
Ceguera instantánea de naturaleza histérica..... 49
Ciático (Sarcoma del)..... 349
Cistitis (Tratamiento de la).. 478
Cloroformización y rinología.. 173
Clorosis (La hidroterapia en la)..... 38
Cloruro de etilo para la curación del zona (Aplicación del)..... 241
Codo por tumor blanco (Resección del)..... 349
Coledoco-enterostomía (Un caso de)..... 388
Colelitiasis..... 434
— (Contribución al estudio de la)..... 441
Cólera (Inmunización activa contra el)..... 256
— y moscas..... 465
Cólicos hepáticos (Contribución al estudio de los)..... 441
Colpoceliotomía..... 433
Coloración del tejido conjuntivo (Mezcla tetracroma para la)..... 66
Comedones (Tratamiento de los)..... 160
Composición de los medicamentos y su acción fisiológica (Relaciones entre la)..... 93
Congreso alemán de cirugía, 29, 68
— de naturalistas y médicos alemanes, 396, 433, 469
— federativo de anatómicos..... 63
— francés de Cirugía, 266, 315, 350
— — de Medicina, 104, 144, 185
— internacional de Cirugía.... 109, 151, 193
— — de las «Gotas de leche» (Primer)... 271
— italiano de Ginecología y Obstetricia... 352, 389
Conjuntivitis vegetante (Un caso clínico de)..... 421
Conservación y distribución de la leche en estado de pureza (Un método de)..... 273
Consultorios de niños de pecho (Los)..... 201, 243, 290, 321, 367, 401
Coqueluche (Tratamiento de la)..... 400
Corazón (Heridas perforantes del)..... 184
— y los riñones (El)..... 361
Cordón umbilical (Cura de la herida del)..... 471
Cuello uterino (Distocia por alteraciones del)..... 352
Cura húmeda en cirugía (La). 400
Debilidad mental y las afecciones corporales (La)..... 68
Decloruración (Efectos fisiológicos y terapéuticos de la).. 21
Diabetes pancreáticas (Alteraciones del páncreas en la).. 190
Diabéticos (Formas de transición de los islotes de Langerhans en el páncreas de los).. 191
Diagnóstico de las afecciones quirúrgicas del riñón..... 417
Difteria laríngea primitiva... 220

Digástrico (Desarrollo filogénico del músculo)..... 67
Digestión gástrica (Importancia de los principios extractivos de la carne para la)... 39
Dilatación estomacal aguda post operatoria..... 429
Distocia por alteraciones del cuello uterino..... 352
Distrofia articular senil..... 187
Dolores en las diversas partes del cuerpo (Puntos sensibles del espinazo en relación con) 38
Eclampsia (Alcalinidad de la sangre en la)..... 318
— en las pluríparas..... 357
— infantil de origen toxialimenticio (Tratamiento de la)..... 221
Embarazo extra-uterino..... 387
— séxtuplo..... 225
Emigración europea morbosa (Limitación en América de la)..... 253
Endocarditis gripal..... 359
Enfermedad de Adisson..... 269
— de Basedow (Resultados definitivos del tratamiento quirúrgico de la)..... 69
— de Hirschsprungs (Patología y tratamiento de la)..... 75
Enfermedades profesionales (Las elecciones y las). 252
— venéreas en la guarnición de Metz (Las).. 472
Enseñanza quirúrgica..... 473
Entero-anastomosis en el cáncer del intestino grueso.... 312
Envenenamiento por la tinta violeta..... 254
Envoltura higiénica para recién nacidos..... 57
Eosina (Erupción artificial determinada por la)..... 91
Epitelioma difuso de la boca y de la garganta..... 81
Erisipela (Un nuevo tratamiento de la)..... 342
Erupción artificial determinada por la eosina..... 91
Escopolamina en el parto (La). 454
— morfina (Notas sobre los anestésicos generales y en particular con la). 477
Escorbuto infantil en sus relaciones con la esterilización de la leche (El)..... 273
Esofágica (Contribución experimental á la cirugía)..... 72
Esofagoscopia (50 casos de)... 315
Espondilosis rizomélicas (Anatomía patológica y patogenia de las anquilosis vertebrales y en particular de la)..... 185
Esponjas (Esterilización de las)..... 360
Esterilización de las esponjas. 360
— pasteurización y método de Sohxlet (Diversos modos de)..... 277
Estómago (Intervenciones quirúrgicas en las afecciones no cancerosas del)..... 151
— por cáncer (Extirpación del)..... 142
— (Úlcera callosa del).... 399
Estovaína en la práctica oftalmológica (La)..... 336
— (Inyecciones epidurales de)..... 469
Estrechez del intestino grueso (Forma al parecer rara de la)..... 77
— esofágica..... 399
Eter y los riñones (El)..... 200
Eucalipto (Acción morbosa del)..... 254
Examen de la sangre en cirugía (Valor del)..... 109
Extirpación del estómago por cáncer..... 142
— de los anejos como complemento de la histerectomía (Indicaciones de la)..... 356
Faringotomía lateral con resección del asta menor del hioides..... 250
Farmacología (Revista de)... 10
Fermentos en las intoxicaciones (Acción de los)..... 191
Fiebre amarilla (Estudios sobre la)..... 434
— tifoidea durante la convalecencia (Contagiosidad de la)..... 90
— tifoidea (Inmunización activa contra la)..... 256
Filtros para aguas y los protozoarios (Los)..... 415
Fístulas vaginales altas (Intervenciones transperitoneales para el tratamiento de las)..... 317
— vésicovaginales (Tratamiento de las)..... 351
Fisura de ano infantil (Trata-

miento de la)..... 240
Flagelados del estómago (Significación diagnóstica de los)..... 478
Floridzina (Valor de la prueba de la)..... 435
Fluxiones articulares apiréticas y efímeras..... 25
Forceps podálico..... 390
Formiato de sosa en obstetricia (El)..... 390
Fracturas rotulianas (Tratamiento operatorio de las)... 474
Gangliones (Tratamiento de los)..... 476
Garganta (Epitelioma difuso de la)..... 81
Gastrectasia grave sin estrechez..... 78
Gestación ectópica..... 158
Glándula submaxilar del conejo (Papel de las células plasmáticas en las)..... 64
Glaucoma (La tensión arterial en el)..... 334
Glóbulos rojos en los mamíferos (Formación de los)..... 68
Glucocolato de sosa en las enfermedades del hígado (Empleo del)..... 120
Gonococo (Nuevo procedimiento de coloración del)..... 240
Gota (La)..... 138
— de leche en Budapesth, Buenos Aires y Argel (La)..... 277
— — en el Dispensario Hurtado-Heine (Modo de funcionar de la)..... 277
— — en Madrid y la propagación de esta Institución en España (La)..... 275
— — (Papel filantrópico de una)..... 276
Gotas de leche en San Petersburgo (Las)..... 278
— — como campo de observación para los pediatras (Las).. 271
— — en Inglaterra (Las). 271
— — organización filantrópica de las)... 277
Heliotropía (Tratamiento del lupus ulcerado por la)..... 144
Hemostático (El permanganato de potasa como)..... 239
Hemorragias graves (Alteraciones de los vasos sanguíneos en relación con las).... 393
Heridas gástricas penetrantes por arma de fuego..... 226
— perforantes del corazón. 184
Hernia crural estrangulada (Dos casos de)..... 139
Hidronefrosis congénita doble. 467
— inguinal (Operación de la)..... 400
— intrarrectal..... 184
Hidroterapia en la clorosis (La)..... 38
Hígado (Empleo del glucocolato de sosa en las enfermedades del)..... 120
— (Rotura del)..... 77
Higiene (Revista de). 81, 252, 413
Hipertensión permanente (Tratamiento eléctrico de la)..... 193
Hipertrofia prostática (Tratamiento de la)..... 114
Histerectomía (Indicaciones de la extirpación de los anejos como complemento de la)..... 356
— durante el embarazo por miofibromas múltiples..... 393
— parcial..... 318
Histerismo agudo mortal..... 425
Huevo de gallina (La luz y el desarrollo del)..... 255
— del murciélago (Estructura del)..... 68
— humano y su implantación en el útero (Primeros estados del)... 63
Ibogania..... 10
Ileorrectostomía..... 385
Incontinencia de orina (Tratamiento de la)..... 28
Individualidad y las psicosis (La)..... 398
Inercia uterina (El azúcar en la)..... 333
Infección é inmunidad (Nueva teoría de la)..... 61
— é intoxicación por las carnes..... 143
— grave de origen obscuro (Dos casos de)..... 476
— neumocócica (Mecanismo de la)..... 80
Ingertos tiroideos (Nuevos datos referentes á los)..... 66
Intervenciones quirúrgicas en las afecciones no cancerosas del estómago..... 151
Intestino grueso (Entero-anas-

tomosis en el cáncer del)... 312
Intestino grueso (Forma al parecer rara de estrechez crónica del)..... 77
Intoxicación saturnina (Profilaxia personal contra la). . 394
Intoxicaciones (Acción de los fermentos en las)..... 191
Intubación y traqueotomía... 471
Invaginación del apéndice íleocecal..... 345
Inyecciones epidurales de Sicard (Tratamiento de la incontinencia de orina por las)..... 28
— mercuriales solubles (Perfeccionamiento en la técnica de las).. 313
— — (Tratamiento general de la sífilis desde la vulgarización de las)..... 25
— subconjuntivales (Tratamiento de la catarata por las)..... 337
Iris en algunas aves (Investigaciones sobre el epitelio posterior del)..... 67
Islotes de Langerhans en el páncreas de los diabéticos (Formas de transición de los). 191
Japón (La tuberculosis en el). 87
Laberinto (Cirugía del)..... 170
Lactancia materna y gota de leche..... 273
Laringología (Revista de).... 170
Leche es fresca y pura (Tres procedimientos prácticos de reconocer que la)..... 278
— (Necesidad de una legislación para reprimir los fraudes de la)..... 272
— y las substancias grasas (La secreción de la).. 436
Lenguaje mímico (El hemisferio izquierdo y el)..... 398
Le XIXe siècle au point de vue médico social..... 92
Ligadura de la arteria hepática..... 78
Linfadenia leucémica (Un caso de)..... 281
Lipoma submucoso estomacal. 185
Litiasis vesical (Tratamiento de la)..... 435
Lupus ulcerado por la heliotropía (Tratamiento del)..... 144
— (Tratamiento del).. .. 72
Lupus vulgar profesional (El). 87
Luxación congénita de la cadera (Técnica sencilla y segura para el tratamiento de la)..... 316
Mareo del mar (La parálisis de la acomodación en uno de los ojos como remedio del)..... 12
Masaje (Manual práctico del). 381
Maxilar inferior de los vertebrados (Homología del).... 63
Medicación cacodílica..... 94
Meningitis cerebro-espinal (Tratamiento de la).. 27
— con linfocitosis..... 466
— espinal..... 466
Método de Scharnowski (Caso grave de carbunclo curado por el)..... 216
Miasa (Un caso notable de).. 215
Miocardio (Fibrillas musculares estriadas en el)..... 65
Miomas (Tratamiento de los). 436
Mola vesiculosa (Estructura histológica de la)..... 392
Monedas deglutidas y expulsadas por el ano..... 431
Morfinistas (Responsabilidad legal de los)..... 437
Mortalidad del niño al nacer (Causas de la menor)..... 436
Moscas y cólera..... 223, 465
Muñeca (Contractura congénita de la)..... 438
Myasis (Algunos datos sobre la)..... 86
Neumonía (Estado de la piel en la)..... 440
— (Tratamiento de la).... 440
Neumonías consecutivas á las operaciones de vientre..... 30
Neuralgias (Nuevos tipos morbosos de)..... 419
Neurosis (Nuevos tipos morbosos de)..... 119
Oclusión intestinal..... 398
Oclusiones intestinales después de la posición de Trendelenburg (Las)..... 315
Oculística (Tres errores graves en)..... 461
Oftalmología (Revista de).... 334
— (Tratado elemental de). 54
Oído (La audición en las afecciones del)..... 468
Omento mayor (Significación fisiológica del)..... 72
Operación de Alexander (Estudios anatómicos y clínicos sobre la).... 392

Operación de Porro..... 60
Organo eléctrico del torpedo Galvani (Estructura y expansiones nerviosas en las láminas del)..... 66
Organos parasimpáticos de Zuckerkandl (Demostración de los)..... 65
Osteomalacia tratado por la ovarina (Un caso de)..... 121
Osteosarcoma humeral..... 350
Otitis media purulenta (Patogenia de la)..... 172
Otología (Revista de)..... 170
Ovarina (Un caso de osteomalacia tratado por la)..... 121
Ovario de los mamíferos (Investigaciones sobre el)..... 67
Paludismo é infección halterídica (El)..... 89
Páncreas (Afecciones del).... 434
— en la diabetes pancreática (Alteraciones del)..... 190
— (Cirugía del)..... 268
Pancreática (Medio de conocer la actividad)..... 320
Parálisis radicular del plexo braquial (Un caso de)..... 161
Parto (La escopolamina en el). 454
Patología externa (Manual de). 94
Pelagra (Historia y modo de propagarse la)..... 396
Perímetro torácico y amplitud respiratoria en el niño..... 269
Peritonitis..... 228
— (Tratamiento de la).... 229
— purulenta neumocócica generalizada..... 270
Permanganato de potasa como hemostático (El)..... 239
Piel en la neumonía (Estado de la)..... 440
Pimienta (Propiedades hemostáticas de la)..... 38
Placenta previa (Tratamiento de la)..... 39
Pleuresía mediastínica (Dos casos de)..... 142
— neumocócica en un recién nacido (Un caso de)..... 271
Plexo braquial (Un caso de parálisis radicular del)..... 161
Polakiuria é incontinencia de orina como síntomas precoces de la tuberculosis renal. 313
Posición ventral (La)..... 316
Prolapso post operatorio de las vísceras abdominales..... 73
Próstata (La radioterapia contra la hipertrofia de la)..... 14
Prostatectomía perineal por hipertrofia..... 227
Protesis ocular por ingerto de un ojo de conejo..... 336
Pubis (Sección lateralizada del)..... 391
Pulmón (Sutura de las heridas del)..... 70
Punción lumbar en las fracturas craneanas (Valor terapéutico de la)..... 312, 348
Pústula maligna (Tratamiento de la)..... 332
Queratoconjuntivitis pustulosa (Tres casos especiales de). 265
Quiste dermoideo supurado del ovario abierto espontáneamente en la vejiga..... 351
— osificado del ligamento ancho?..... 350
Quistes vaginales (Datos para el estudio de los)..... 391
Radioterapia contra la hipertrofia de la próstata (La)..... 14
— (Estado actual de la)... 28
Raquitismo por las gotas de leche (Profilaxis del)..... 274
Retrobulbares (Resección orbitaria de Kröulein para tratar los tumores é inflamaciones). 29
Régimen declorurado..... 144
Resección del codo por tumor blanco..... 349
— orbitario de Krönlein para tratar los tumores é inflamaciones retrobulbares..... 29
Respiración artificial..... 254
Retina (Congestiones de la)... 302
Reticulum neurofibrilar de la célula nerviosa de los vertebrados..... 63
Retracción cicatrizal de los dedos curada por autoplastia.. 389
Retroversión (Es preciso desechar la)..... 351
Reumatismo articular agudo (Bacteriología del). 187
— — (Tratamiento radical tonsilar del).. 160
— crónico (Formas clínicas del)..... 104
— — (Manifestaciones oculares del).... 187
— — y artropatías nerviosas..... 186

Reumatismo (El veneno del). 199
— (Nuevos tipos morbosos de) 119
Revista de Farmacología..... 10
— de Higiene.... 86, 252, 413
— de Laringología..... 170
— de Oftalmología..... 334
— de Otología..... 170
— de Rinología..... 170
— de Terapéutica..... 10
Riñón (Diagnóstico de las afecciones quirúrgicas del)..... 117
— sobre la depuración renal (Acción de los preparados activos de)... 41
Rotura del hígado 77
Ruidos y macicez cardíacos (Influencia de la posición sobre los)..... 358
Safena (Un nuevo método de extirpación de la vena)..... 319
Salpingitis quísticas supuradas..... 137
Sangría (Efectos de la)..... 478
Santonina en el tratamiento de las crisis laríngeas tabéticas (La)..... 177
Sarampión (El peso y la orina en el)..... 270
— (Observaciones clínicas de una epidemia de). 59
Sarcoma del ciático..... 349
Sarna (Tratamiento de la).... 279
Seborrea (Tratamiento de la). 160
«Sección lateral del pubis» primera (Centuria de la)... 389
Secreciones pancreáticas en patología (Del papel de las)... 187
Sensaciones sensoriales é imágenes recordadas 438
Septicemia de las heridas por auto-infección y su tratamiento por el suero de caballo..... 360
Sífilis durante todos los períodos de su evolución (Proliferaciones locales y á distancia del agente infeccioso de la)..... 192
— (Etiología de la)..... 473
— hepática (La fiebre en la)..... 579
— ignorada (Dos casos de). 100
— (Tratamiento general de la)..... 25
Sindactilia congénita (Un nuevo procedimiento operatorio para la cura de la)..... 316
Socavación de la médula ósea con la cucharilla)..... 470
Sueño (Enfermedad del)..... 193
Suero antialcohólico (El)..... 426
— de caballo (Septicemia de las heridas por auto-infección y su tratamiento por el)..... 360
— marino en los niños (El)..... 270
Sueroterapia del carcinoma.. 316
— en las supuraciones oculares (La)..... 383
Suprarrenalitis mercurial en el hombre..... 27
Supuraciones oculares (La sueroterapia en las)..... 387
Sutura de las heridas del pulmón..... 70
Tabes sensitiva y trófica..... 279
Tejido conjuntivo (Células rhagiocrinas del). 68
— — laxo (Formas celulares del)..... 66
Terapéutica (Revista de)..... 10
Tetania..... 471
Tic convulsivo facial (Tratamiento del)..... 227
Tinta violeta (Envenenamiento por la)..... 254
Tonsila faríngea (Inflamación de la)..... 175
Tracoma..... 252
Trasplantación tendinosa.... 470
Traumatismos de los miembros (De la conservación en el tratamiento de los)..... 266
Tuberculina (Tratamiento de la tuberculosis por la)..... 432
Tuberculosis articular (Tratamiento de la)..... 193
— cutánea (Producción experimental de la).... 437
— en el Japón (La)..... 87
— renal..... 435
— — (Polakiuria é incontinencia de orina como síntomas precoces de la). 313
— (Tratamiento de la).... 118
432
— pulmonares desde el punto de vista de la preservación social (Urgencia de la investigación oficial y metódica de los)..... 143
Tumor (¿sarcoma?) amigdaliano..... 431
— blanco (Resección del

codo por)..... 349
Turicina (La)..... 16
Ulcera callosa del estómago.. 399
— del estómago (Dificultades diagnósticas de la)..... 260, 303
Ulceras sépticas y atómicas por el procedimiento de Raymond Petit (Tratamiento de las)..... 350
Uñeros (Cura sencilla de los). 19
Utero puerperal (Autolisis del)..... 391
— séptico puerperal (Cura del)..... 308
Vacuna (Procedimiento de la cerilla para vaciar los tubos de)..... 253
Vasos sanguíneos uterinos en relación con las hemorragias graves (Alteraciones de los). 393
Vegetations adenoides (Diagnostic et traitement des)... 257
Velo del paladar (Secreciones del)..... 472
Ventilación en los buques de guerra..... 88
Verrugas (El agua de mar contra las)..... 280
— (Tratamiento de las)... 40
— (Un remedio muy útil contra las)..... 14
Viruela (Epidemia de)..... 193
— grave (Empleo del xilol contra la)..... 11
— por el xilol (Tratamiento de la)..... 320
Xilol contra la viruela grave (Empleo del)..... 11
— (Tratamiento de la viruela por el)..... 320
Zimfeno (El)..... 122
Zona (Aplicación del cloruro de etilo para la curación del). 241

RELACIÓN DE LOS COLABORADORES QUE HAN PUBLICADO TRABAJOS EN EL PRESENTE TOMO

Alvarado (D. Emilio), Doctor en Medicina. Valladolid.
Arquellada (D. Aurelio Martín), Médico del Hospital del Niño Jesús. Madrid.
Codina Castellví (D. José), Médico, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
Fernández Sánz (D. Enrique), Médico, por oposición, del Hospital de la Princesa.
García Mansilla (D. Sinforiano), Oculista del Hospital y Hospicio Provincial de Madrid.
Goyanes (D. José), Cirujano de número, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
Luengo (D. Pablo), Médico en Navalmoral de la Mata. Cáceres.
Madinaveitia (D. Juan), Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.
Mariani (D. Juan Manuel), Jefe facultativo del Hospital de la Princesa. Madrid.
Pérez Noguera (D. Emilio), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.
Pí y Suñer (D. Augusto), Catedrático de la Facultad de Medicina de Sevilla.
Rodríguez Méndez (D. Rafael), Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.
Rueda (D. Francisco), Director de la Consulta otorinolaringológica del Hospital de la Princesa. Madrid.
Sarabia (D. Jesús), Profesor del Instituto Rubio. Madrid.
Sota y Lastra (D. Ramón de la), Catedrático de la Facultad de Medicina de Sevilla.
Ulecia (D. Rafael), Director del primer Consultorio de niños de pecho de Madrid.
Toledo (D. Federico), Licenciado en Medicina y Cirugía. Madrid.
Valle (D. Rafael del), Médico, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
Vergely (D. A.), Doctor en la Facultad de Medicina de París.
Vilá (D. Manuel), Socio correspondiente de la Academia de Medicina de Barcelona.

GRABADOS PUBLICADOS EN ESTE TOMO

Fridioplastia (cinco grabados) páginas..... 6, 7, 8, 9
Mapas y gráficas de mortalidad infantil..... 212, 213, 214, 243, 244, 298, 299
Retrato del Dr. Budin..... 292
Grabados referentes al Consultorio de niños de pecho en Madrid, 372, 375, 376, 378, 379, 380

PRESENTE TOMO

), Catedrá-
e Medicina

afael), Ca-
d de Medi-

ector de la
lógica del
Madrid.
sor del

la), Ca-
de Me-

or del
ños de

ciado
rid.
, por
ncial

cul-

on-
ti-

v.68-69 Revista de medicina y
1905 cirugia praticas. 33815

559717

R71
33815 R4
v.68-69

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY